

**QUANTITATIVE UND QUALITATIVE ASPEKTE  
PSYCHISCHER UND PSYCHOSOMATISCHER  
AUFFÄLLIGKEITEN BEI DEN PATIENTEN  
EINER MÜNCHNER UNIVERSITÄTSKLINIK**

**RUTH ZIEGELMAIER**



Disbui. München  
1988







Aus der Medizinischen Klinik Innenstadt der Universität München  
Vorstand: Prof. Dr. E. Buchborn

Quantitative und qualitative Aspekte  
psychischer und psychosomatischer Auffälligkeiten  
bei den Patienten  
einer Münchner Universitätsklinik

Dissertation  
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin  
an der Medizinischen Fakultät der  
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von  
Ruth Ziegelmaier  
aus  
München  
1986

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät  
der Universität München

|                             |                                              |
|-----------------------------|----------------------------------------------|
| Berichterstatter:           | Prof. Dr. E. Buchborn<br>Prof. Dr. M. Ermann |
| Mitberichterstatter:        | Prof. Dr. E. Held<br>Prof. Dr. D. Hölzel     |
| Dekan:                      | Prof. Dr. W. Spann                           |
| Tag der mündlichen Prüfung: | 14.04.1988                                   |

## Gliederung

### Einleitung

### Theoretischer Bezugsrahmen

- 1 Allgemeines Krankheitskonzept
  - 1.1 Analyse des Krankheitsbegriffs
  - 1.2 Eindimensionales versus dreidimensionales Krankheitsmodell
  - 1.3 Definition eines erweiterten Krankheitsbegriffs
- 2 Das Spektrum psychischer und psychosomatischer Störungen  
- Terminologische Klärungen und Abgrenzungen,  
differentia specifica
- 3 Das Forschungskonzept
  - 3.1 Ableitung aus dem Krankheitskonzept
  - 3.2 Konkretisierung anhand der Untersuchungsinstrumente
- 4 Transformation des Krankheitsbegriffes zur Entscheidungshilfe bei der Fallidentifikation, Operationalisierung abstrakter Begriffe
- 5 Probleme der Klassifikation

## Empirische Untersuchung

- 1 Planung und Untersuchungsdesign
- 2 Untersuchungsverfahren
  - 2.1 Auswahlkriterien
  - 2.2 Beschreibung der einzelnen Untersuchungsinstrumente
    - 2.2.1 Der Gießen-Test
    - 2.2.2 SCL-90-Test
    - 2.2.3 Life-Event-Fragebogen von Holmes und Rahe
    - 2.2.4 Interview zur Erfassung psychischer und psychosomatischer Störungen (IPPSS)
    - 2.2.5 Psychischer und sozial-kommunikativer Befund (PSKB)
- 3 Ergebnisse, Datenanalyse und -interpretation
  - 3.1 Vorbemerkungen
  - 3.2 Beschreibung der Stichprobe nach Sozialdaten
    - 3.2.1 Variable Geschlecht
    - 3.2.2 Variable Alter
    - 3.2.3 Variable Schulbildung
    - 3.2.4 Variable Sozialschicht
  - 3.3 Ergebnisse auf der empirisch-analytischen Ebene
    - 3.3.1 Psychometrische Unterschiede in Korrelation mit Sozialdaten
      - 3.3.1.1 Variable Geschlecht
      - 3.3.1.2 Variable Alter
      - 3.3.1.3 Variable Schulbildung
      - 3.3.1.4 Variable Sozialschicht
    - 3.3.2 Profildarstellung und Interpretation der Gesamtgruppe
      - 3.3.2.1 Gießen-Test
      - 3.3.2.2 SCL-90-R
      - 3.3.2.3 PSKB

- 3.3.3 Psychometrische 'Fall'-Identifikation
  - 3.3.3.1 Die globale Fallrate im Gießen-Test
  - 3.3.3.2 Die globale Fallrate im SCL-90-R
  - 3.3.3.3 Die globale Fallrate im PSKB
- 3.3.4 Versuch einer psychometrischen 'Fall'-Differenzierung
  - 3.3.4.1 Fall-Differenzierung mit dem Gießen-Test
  - 3.3.4.2 Fall-Differenzierung mit dem SCL-90-R
  - 3.3.4.3 Fall-Differenzierung mit dem PSKB
- 3.4 Ergebnisse auf der kritisch-hermeneutischen Ebene
  - Fall-Identifikation mit dem Interview
- 3.5 Synopsis von Interview und psychometrischen Verfahren
- 3.6 Klassifikation der 'Fälle' nach dem Mehrfachdiagnosenschema
- 3.7 Multiaxiale Beurteilung - Ein exemplarischer Fall

## Diskussion

## Zusammenfassung

## Anhang

## Einleitung

### Plädoyer für eine ganzheitliche Medizin

#### Exkurs 1: Der fehlgeleitete Patient

- Folgen für den Kranken und das Gesundheitswesen

#### Exkurs 2: Epidemiologische Forschung

- Bisherige Resultate und ihre Schwachstellen
- Möglichkeiten der Optimierung

### Intention der vorliegenden Arbeit

### Übersicht bezüglich der Gliederung

## Einleitung

"Unsere Psychologie berücksichtigt sowohl den natürlichen wie den kulturellen Menschen, insofern muß sie bei ihren Erklärungen beide Gesichtspunkte, den biologischen wie den geistigen im Auge behalten. Als ärztliche Psychologie kann sie nichts anderes als den ganzen Menschen in Betracht ziehen" (C. G. Jung <63>).

Nicht wegen des stark anwachsenden Interesses an den Erkenntnissen C. G. Jungs zitiere ich diese Zeilen, sondern weil sie in Kürze das Anliegen zum Ausdruck bringen, das der vorliegenden Arbeit zugrunde liegt.

Gehen wir noch zwei Jahrhunderte zurück, so beklagt bereits Goethe die Methode des Zergliederns ohne die Berücksichtigung des Gesamtbildes in den folgenden Versen:

"Wer will was Lebendigs erkennen und beschreiben,  
Sucht erst den Geist heraus zu treiben,  
Dann hat er die Teile in seiner Hand,  
Fehlt leider (!) nur das geistige Band"  
(Goethe, W. von <50>).

Begeben wir uns weg vom Goethe'schen Zeitalter, zurück in die medizinische Gegenwart, so lassen sich auch hier autorisierte Kritiker an der naturwissenschaftlichen Haltung finden, die "die Methoden des Zergliederns zum Passepartout für die Zugänge zu allen Seinsformen ... (erhebt und) das, was man gemeinhin das große Ganze nennt, gänzlich aus den Augen ... (verliert)" <106>.

In seinem Essay Glanz und Elend des Reduktionismus oder die Analyse einer Stoffpuppe gibt H. Schiefers <106> zu bedenken, daß - ohne die Glanztaten der Wissenschaft schmälern zu wollen - der Physikalismus einer Ergänzung durch eine systemologische Betrachtungsweise bedarf. Dies wird exemplifiziert an einer Stoffpuppe: zerlegt man sie in ihre Bestandteile (Textilien, Nähgarn und Sägemehl), lassen sich so weder ihre Gestalt noch ihre Verhaltensweisen erfassen. Schiefers bringt die Begriffe 'Transzendenz' und 'Emergenz' ins Spiel. Transzendenz meint das Faktum, "daß das System die Eigenschaften seiner Komponenten übersteigt",

Emergenz, "das mit der Systemkomposition aufkommende Neue, das Auftauchen des aus den Ergebnissen der reduktionistischen Analyse nicht Rekonstruierbaren" <106>.

Auf das "Elend des Physikalismus" möchte ich nochmals zu sprechen kommen anhand einer Schilderung aus dem ärztlichen Alltag, die sich bei G. Rudolf <101> findet: "Mit dieser Selbstdefinition 'Ich fühle mich krank' beginnt ihre 'Patientenkarriere' wie die eines jeden anderen Kranken". Gemeint sind die neurotisch und psychosomatisch Kranken. Rudolf fährt in der Beschreibung solcher Patientenschicksale fort und zeigt die Schwierigkeiten der Arzt-Patienten-Interaktion auf: "Der Arzt findet keine organische Ursache für die Symptomatik, sein Behandlungsangebot bringt bestenfalls Erleichterung, aber nicht grundsätzlich Heilung. Auf beiden Seiten wächst die Enttäuschung an ... Damit wird der Patient zum Problempatienten, die Gefühlseinstellung des Arztes ... gegenüber einem Menschen, dem nicht zu helfen ist, schlägt um, Skepsis und Ablehnung gewinnen die Oberhand. Der Patient kommt zu der Überzeugung, daß ihm die Position des Kranken und damit das Recht auf Hilfe und Rücksichtnahme streitig gemacht werden. Für den Untersucher gilt er als 'organisch o. B.', 'nicht richtig krank', er 'hat nichts'.

Der Patient verstärkt seine Anstrengungen, ernst genommen zu werden und Hilfe zu erlangen, er intensiviert sein Klageverhalten und beginnt nicht selten eine Odyssee durch Praxen, Polikliniken und Beratungszentren, bis er doch irgendwo Hilfe findet oder resigniert und verbittert aufgibt."

Solche 'Fallbeschreibungen' werden hoffentlich bald nur noch dem Zitatenschatz und nicht mehr dem medizinischen Alltag angehören. Daß diese Vorstellung nicht nur Wunschdenken ist, sondern bereits Konturen annimmt, deutet sich in der Neubesinnung der modernen Medizin an.

Anläßlich des Kongresses der Deutschen Gesellschaft für innere Medizin (1980) wurde das Selbstverständnis der inneren Medizin einer Revision unterworfen. Die Einheitsidee des menschlichen Organismus, die bis in das Gründerjahr der Gesellschaft, 1882, zurückreicht, wurde zur Einheitsidee der menschlichen Person aktualisiert. Die Eröffnungsansprache war ein Plädoyer für ein mehrdimensionales Krankheitskonzept, das die drei Paradigmen einer somatischen, psychosomatischen und sozialen Medizin verknüpft. Entsprechend dem pluralen Wesen Patient wurde eine Pluralität der Medizin gefordert. Diese Reflexionen zu einer neuen Identität der inneren Medizin wurden von E. Buchborn <22> vortragen, der sich auch bereit fand, als Referent für das vorliegende Promotionsthema zu fungieren.

Bevor ich detaillierter auf die Intention dieser Arbeit eingehe, möchte ich mich erst einer alarmierenden Bestandsaufnahme zuwenden, die in dem Buch 'Der fehlgeleitete Patient - Psychosomatische Patientenkarrieren und ihre Akteure' von E. Ringel und Kropiunigg <99> vorgenommen wurde. Wie bereits in der obigen 'Fallbeschreibung' anklang, wird die naturwissenschaftlich-technologisch ausgerichtete Medizin den psychisch und psychosomatisch Kranken nicht gerecht. Auf diese Insuffizienz gehen die genannten Autoren anhand einer Studie an 31 Patienten der Psychosomatischen Abteilung der Wiener Psychiatrischen Universitätsklinik ein. Ringel und Kropiunigg <99> untersuchten diese Patientengruppe auf die Häufigkeit der Arztkontakte von Beginn der Erkrankung bis zur Aufnahme in ihre Abteilung (Verweildauer in konservativer Behandlung). Die Ergebnisse lieferten relativ hohe Kontaktfrequenzen mit medizinischen (teils paramedizinischen) Instanzen, durchschnittlich 78 Behandlungskontakte pro psychosomatisch Erkranktem. Eklatant hoch war auch die Verweildauer in konservativer Behandlung: im Durchschnitt sechs Jahre und drei Monate.



Dieses Resultat bestätigt auch die Studie von Strotzka und Mitarbeitern <113>, die eine durchschnittliche Verweildauer von 6,5 Jahren angibt. In Einklang damit stehen ebenfalls die von Studt <114> aus der Literatur extrahierten Zahlenangaben über die Krankheitsdauer bis zur Einleitung einer kausalen psychoanalytisch orientierten Behandlung:

Bei 40 - 50 % über fünf Jahre, bei etwa 30 % über zehn Jahre.

Was bedeutet dies für den Patienten konkret?

Während für organisch Kranke die medizinische Versorgung optimiert scheint, zeigt sich bei seelischen Funktionsstörungen und psychosomatischen Erkrankungen eine Defizienz. Das Übergehen des psychosozialen Kontaktes bedingt überhäufte Arztkontakte mit redundanten Diagnosen, während der es häufig zur Chronifizierung des Leidens kommt. Außerdem resultieren oft mehrfache Krankenhausaufenthalte mit teilweise sehr unangenehmen bis schmerzhaften und oft wiederholten Untersuchungen, die eine Einengung der Lebensmöglichkeiten und der Lebensqualität bedeuten.

In der Folge ergeben sich meist wenig adäquate, oft auch kontraindizierte Heilungsbemühungen. Das Risiko für iatrogene Schädigungen steigt.

"Der falsch oder partiell behandelte Patient bleibt dem Krankenwesen erhalten. Er wird neue Anläufe nehmen, trotzdem die medizinische Versorgung seiner Gesundheit zu erlangen. Seine Überlegung dabei mag sein, daß er bisher an die falschen Ärzte gekommen sei, doch andere Ärzte werden nicht unbedingt andere Diagnosen oder Therapiepläne erstellen" (Ringel u. Kropiunigg <99>). Laut Ringel kommt es zu einer mehr oder weniger großen Zahl von "Leerkontakten, in denen alte Behandlungspläne wieder aufgenommen oder variiert" werden. Es spielt sich ein "selbstgenügsames organmedizinisch orientiertes Diagnose-, Behandlungs- und Überweisungsritual" ein. Beck <11> nennt den Endpunkt einer solchen Patientenkarriere drastisch "Koryphäenkillersyndrom".

Selbst wenn man, schematisiert betrachtet, von einer idealisierten Situation ausgeht, "muß ein originär psychosomatischer Patient zumindest 3 'ärztliche Stufen' durchlaufen. Den Allgemeinpraktiker für ein grobes Screening und für die Akutversorgung, den Facharzt (bzw. Laboratorien) für eine qualifizierte Differentialdiagnose und eventuelle Therapieübernahme und schließlich den 'Psychosomatiker'" <99>.

Was bedeutet dies in Hinblick auf die Kostenfaktoren?

Für die medizinische Versorgung kommt es durch jeden inadäquaten Arztbesuch mit falscher Therapieverordnung zu einem zusätzlichen Kostenaufwand. Aus einer Chronifizierung des Leidens resultiert indirekt ein weiterer Kostenanstieg durch Inanspruchnahme immer aufwendigerer diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen, Spezialkliniken und Kuren.

Ausgehend von der Kontaktfrequenz als objektivem Basisindikator für die Belastungen des Gesundheitswesens, erstellen Ringel und Kropiunigg <99> folgendes Kalkül: "Patienten, für die eine Psychotherapie indiziert war, hatten weit mehr Krankenhaustage pro Kopf und Jahr als 'normale' Mitglieder der Krankenkasse. Nach der Psychotherapie sank dieser Anteil unter die Kontaktfrequenz von 'normalen' Krankenkassenmitgliedern auf 0,78 Krankenhaustage im Jahr, während die Norm für alle Personen im Untersuchungszeitraum 2,5 pro Kopf und Jahr betrug. Wenn auch der Aufwand für die beobachtete Reduktion der Arztkontakte vergleichsweise hoch erscheint (100 psychotherapeutische Sitzungen), so ist doch festzustellen, daß Psychotherapie die von Anfang an indizierte Behandlung gewesen wäre und die Vielzahl der ohne Erfolg gebliebenen Behandlungskontakte hätte eingespart werden können. Auch müssen die 100 psychotherapeutischen Sitzungen als Funktion der vorherigen 'Fehlkontakte' angesehen werden, da in manchen Fällen die Chance für eine Kurzpsychotherapie oder eine einfache psychologisch orientierte Beratung einfach vertan worden sein dürfte".

In ihrer Ursachenanalyse der aufgeführten Tatbestände erscheint an erster Stelle

- a) die mangelhafte Ausbildung des medizinischen Nachwuchses an psychosomatischer Diagnostik. "Obwohl durchaus in der Lage, psychosomatische Erkrankungen per Ausschlussdiagnose festzustellen bzw. zu vermuten, fehlt es doch an Grundlagen für eine positive Diagnose. Dadurch ist ein Überhang an 'organischen' Diagnosen zu erwarten".

Als weitere Kausalfaktoren geben sie an:

- b) die gesellschaftlich geförderte Überbewertung naturwissenschaftlich-technologischer Medizin,
- c) die Diskriminierung psychosomatisch arbeitender Ärzte durch das Honorarsystem der Krankenkassen,
- d) eine konservative Haltung von Ärzten und Patienten gegenüber psychotherapeutischen Behandlungsverfahren und
- e) das Fehlen einer genügenden Anzahl von psychosomatischen Versorgungs- und Forschungseinrichtungen.

Ringel und Kropiunigg <99> weisen bei der Errechnung von Kontaktfrequenzen auf den erheblichen Anteil der Krankenhäuser (öffentlich und privat 32,2 %) und der Universitätskliniken (14,3 %) hin und damit auf deren hohe Mitverantwortung an der Verzögerung der richtigen Diagnose 'Psychosomatose' (ohne daraus Schlüsse zu ziehen, was die Potenz des Krankenhauses in Hinblick auf die Erstellung psychosomatischer Diagnosen betrifft).

Zepf <128> drückt sein Bedauern aus, daß gerade in internistischen Universitätskliniken, auf die sich das Interesse der psychosomatischen Medizin von vornherein und hauptsächlich zentriert hatte, die wesentlichen Ziele und Inhalte der psychosomatischen Medizin nicht zur Kenntnis genommen wurden.

Damit hat mich mein Exkurs wieder zum Ausgangspunkt zurückgeführt, und bevor ich mich einem neuen Punkt zuwende, möchte ich noch die apodiktische Aussage Liedvogel-Küthmanns <74> anfügen: "Ich habe nie einen Zweifel daran gehabt, daß die Innere Medizin als die große 'Diagnostische Disziplin' sich nicht aus der psychologischen Diagnostik herausnehmen und auf eine rein körperliche Untersuchung zurückziehen kann."

Man wird eine Synthese finden müssen zwischen den viel zitierten Sätzen "Die Medizin wird eine Naturwissenschaft sein - oder sie wird nicht sein" (Naunyn <87>) und "Die Psychosomatische Medizin wird eine tiefenpsychologische sein - oder sie wird nicht sein" (V. v. Weizsäcker <122>), wie auch Th. v. Uexküll betont.

Bevor ich endgültig auf die 'Existenzberechtigung' des hier zu präsentierenden Themas zu sprechen komme, muß ich den Rezipienten meiner Ausführungen nochmals einen kleinen Umweg zumuten. Es ist nötig, auf den Stand bisheriger epidemiologischer Störungen einzugehen und Bilanz zu ziehen.

Epidemiologie ist eine Wissenschaftsdisziplin, die sich "mit der Verteilung von physiologischen Variablen sowie von Krankheiten und deren physikalischen, chemischen, psychischen und sozialen Determinanten und Folgen in der Bevölkerung befaßt" <93>. Die deskriptive Epidemiologie ist von fundamentalem Wert einmal für die Feststellung von Raten pathologischer Phänomene, zum anderen für die Verteilung von Zuordnung zu demographischen Daten. Ihre Erkenntnisse sind auch unter dem Aspekt der Praxisrelevanz zu betrachten, besonders in Hinblick auf die Versorgungsplanung. Die analytische Epidemiologie versucht, auf dem Gebiet psychogener Störungen Beiträge zur Ätiologie von Neurosen und psychosomatischen Erkrankungen zu leisten, den Einfluß frühkindlicher Ereignisse, psychosozialer Faktoren oder von life-events zu erhellen.

Die Epidemiologie arbeitet mit den Häufigkeitsmaßen der Inzidenz (Anzahl der in einer bestimmten Zeitperiode neu auftretenden Krankheitsfälle) und der Prävalenz (Zahl der bestehenden Krankheitsfälle). Die epidemiologischen Untersuchungen konstituieren sich größtenteils aus Prävalenzmessungen.

Bei Durchsicht der älteren epidemiologischen Forschungsergebnisse präsentiert sich eine verwirrende Datenlage:

Im Übersichtsreferat von Dohrenwend und Dohrenwend <36> finden sich extreme Schwankungen bezüglich der Häufigkeit psychogener Erkrankungen. Die Prävalenzzahlen liegen zwischen 1 % und 64 % der jeweils untersuchten Bevölkerungsstichproben.

In ähnlicher Weise differieren die Häufigkeiten bei Pflanz (1974) (zitiert in <57>) zwischen 1 % und 90 %.

Katschnig und Strotzka <64> führen in ihrer Übersichtsarbeit zwei großangelegte Studien aus dem angloamerikanischen Bereich an: Die 'Midtown Manhattan Study' (1962, 1963) mit einer Prävalenzrate von 81,5 % psychisch Gestörten, davon 60 % mit einer neurotischen oder psychosomatischen Symptomatik und die 'Stirling County Study' (1959, 1960, 1963) mit 57 % psychisch Kranken.

Dagegen konnte der schwedische Psychiater Hagnell <52> in einer umfassenden Feldstudie nur eine Life-Time-Prävalenz von 13,1 % errechnen.

- An neuen methodisch gut angelegten Feldstudien aus dem deutschen Raum liegt das Mannheimer Kohorten-Projekt vor, dessen Ergebnisse erst vor kurzem publiziert wurden <103>, <104>. Die Autoren (Schepank et al.) untersuchten 600 repräsentative Einwohner der Geburtsjahrgänge 1935, 1945 und 1955 auf die Existenz einer psychogenen Erkrankung (ICD 300 - 307). Sie kamen dabei zu einer Fallrate von 25 %, die in nachstehender Tabelle näher aufgeschlüsselt ist.

Tab. 1 Häufigkeit einzelner ICD-Diagnosen bei den Fällen  
(nach Schepank und Mitarbeiter <104>)

| ICD | f       | = % der Fälle | = % der Population |
|-----|---------|---------------|--------------------|
| 300 | 42      | 27,3          | 7,0                |
| 301 | 33      | 21,4          | 5,5                |
| 302 | --      | ----          | ---                |
| 303 | 8       | 5,2           | 1,3                |
| 304 | 1       | 0,7           | 0,2                |
| 305 | 47      | 30,5          | 7,8                |
| 306 | 23      | 14,9          | 3,8                |
| 307 | --      | ----          | ---                |
|     | N = 154 | 100 %         | 25 %               |

Auch die Zusammensicht administrativer epidemiologischer Studien liefert größtenteils diskrepante Ergebnisse:

Katschnig und Strotzka <64> kommen in ihrer Übersichtsdarstellung zu einem Neurosenanteil um die 10 % in den stationären psychiatrischen Einrichtungen verschiedener Länder. In nervenärztlichen Praxen divergieren die Ergebnisse zwischen 20 % und 65 %. - Für Allgemeinpraxen ermittelten Strotzka und Mitarbeiter 1969 (zitiert in <64>) 13 % Patienten, die der Kategorie 'Neurosen und psychogene Reaktionen' zugerechnet werden konnten. Vogt und Blohmke <120> sprechen bei 40 % bis 50 % der Konsultationen praktischer Ärzte von vorrangig "psychosozialer Motivation". Keller <65> berichtet über einen Erhebungszeitraum von drei Monaten von 40 % psychosomatisch Erkrankten. Strotzka und Mitarbeiter (1979, zitiert in <99>) fanden in elf Allgemeinpraxen ein Viertel rein psychosoziale Fälle und nur in einem Drittel organische, der Rest setzt sich aus Übergängen zusammen. Ein Projekt des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit in Mannheim <129> ermittelte für

Allgemeinpraxen einen Durchschnitt von 35 % psychiatrischer Erkrankungsfälle, davon 26 % Neurosen und psychosomatische Störungen. Entscheidend ist, daß die Praxisinhaber in ihrem Urteil zwischen 16 % und 68 % 'psychiatrischer Fälle' differierten.

Wesiack <123> konnte bei Eröffnung seiner internistischen Praxis 1960 nur einem Viertel seiner Patienten einen behandlungsbedürftigen somatischen Befund zuordnen, zwei Drittel waren psychosomatische Patienten.

Die medizinische Poliklinik in Gießen konnte in der zweiten Hälfte der Fünfziger Jahre bei einem Viertel der Patienten, die sich im Laufe von 14 Monaten dort vorstellten, die Diagnose "funktionelles Syndrom" stellen <64>.

In medizinischen Kliniken oder Abteilungen der Stadt Essen befanden sich 15 % der Patienten mit einer "Erkrankung ohne organische Ursache" <68> in stationärer Behandlung. Engelhardt <42> fand nur bei 26 % der Patienten einer internistischen Klinik keinen Einfluß der persönlichen Vorgeschichte auf das Krankheitsgeschehen. Mehr als 25 Patienten einer gastroenterologischen Universitätsambulanz hatten nach Angaben von Härich und Schönborn <51> funktionelle Beschwerden.

Sieht man von wenigen Ausnahmen, z. B. der Mannheimer Feldstudie (Schepank und Mitarbeiter <104>) ab, so zeichnen sich im Gesamtbild epidemiologischer Forschung auf psychisch-psychosomatischem Gebiet noch wenig klare Konturen ab. Dieser 'Notstand' resultiert nicht zuletzt aus der noch sehr unterentwickelten Methodik, auf die auch die Interpretation der zahlenmäßigen Resultate Rücksicht zu nehmen hat.

Im folgenden möchte ich noch einmal explizit die Schwachstellen bisheriger epidemiologischer Forschung aufzeigen:

Die Resultate psychisch-epidemiologischer Forschung weisen zum Teil erhebliche Diskrepanzen auf. Ihre Vergleichbarkeit wird nicht nur durch den Zeitfaktor (die vorliegenden Arbeiten liegen teilweise 30 Jahre auseinander) eingeschränkt. Die Untersuchungen beruhen meist auch auf unterschiedlichen Methoden und uneinheitlichen Definitionen. Auch bei relativer Übereinstimmung von Häufigkeitsangaben muß gefragt werden, ob sich nicht sehr Verschiedenes dahinter verbirgt.

Die Achillesferse der Epidemiologie psychischer Auffälligkeiten ist die Fallidentifikation. Es muß eine Abgrenzung zur Psychose, zur Organseite und zur Normalität hin geschaffen werden; zum anderen sind Grenzziehungen innerhalb der psychogenen Störungen (Neurose/Psychosomatose) nötig. Erschwerend wirkt bei der Erfassung und Einordnung psychischer Erkrankungen außerdem der oft undulierende Verlauf, der Symptomwechsel und die Bahnung neurotisch genannter Symptome durch organische Einflüsse. Hare <53> spricht in diesem Zusammenhang von einem Trennungsnebel (dividing fog), statt von einer Trennungslinie.

Die unterschiedlichen Gewohnheiten der einzelnen Untersucher finden einmal quantitativ in der Festlegung des cut-off-point, andererseits qualitativ in der Wahl der diagnostischen Kategorie ihren Niederschlag. Eine übereinstimmende Terminologie und verbindliche Kriterien, die hier eine gewisse Kongruenz in der Diagnosefindung ermöglichen würden, existieren bisher nicht. Ein Rückzug auf das meist zugrunde gelegte grobe Verständnis von Neurose als 'nicht-organische', 'nicht-psychotische' Restkategorie bringt hier keine Lösung.

Damit kommen wir zum zweiten Kritikpunkt, der die Pauschalität epidemiologischer Ergebnisse betrifft. In den meisten vorliegenden Untersuchungen werden die psychischen Störungen nur als Globalkategorie zusammengefaßt. Sie besitzen wenig Aussagekraft gerade in Hinblick auf eine subtile und individualisierende psychotherapeutische Versorgung. Diese Pauschalangaben bedürfen der

Aufschlüsselung bezüglich der Art der Störung und des Beeinträchtigungsgrades, um daraus Therapiebedürftigkeit und Therapiemodus ableiten zu können.

Dieser unbefriedigende methodische Background rechtfertigt Bemühungen zur besseren Ausgestaltung epidemiologischer Untersuchungen auf der Ebene psychischer Störungen. Das vorliegende Konzept und seine empirische Umsetzung ist ein Versuch in diese Richtung. Doch nicht allein darauf gründet sich die Daseinsberechtigung unserer Studie. In diesem Zusammenhang darf ich noch einige Zusätze machen:

Sieht man von den verbesserungsbedürftigen Qualitätsmängeln bisheriger psychisch-epidemiologischer Untersuchungen ab, so ist bereits ihre mangelnde Quantität zu beklagen. Gerade der administrative Zweig epidemiologischer Forschung bewegt sich am Existenzminimum. Unterrepräsentiert sind besonders die internistischen Einrichtungen, vor allem im universitären Bereich. Mehr Aufmerksamkeit wurde noch den Allgemeinpraxen, psychiatrischen Instanzen, psychosomatischen Spezialambulanzen und Abteilungen geschenkt. Eine vermehrte Berücksichtigung medizinischer Kliniken ist angesichts der folgenden Sachlage zu fordern:

Bisherige Untersuchungen (zitiert in Katschnig und Strotzka <64>) konnten nachweisen, daß die Häufigkeit neurotischer Patienten in ambulanten und stationären psychiatrischen Einrichtungen im Vergleich zu den in Feldstudien gefundenen Prozentsätzen relativ gering ist. Dies läßt auf selektive Barrieren hinsichtlich der Zugangswege zur institutionalisierten und als solche deklarierten psychiatrischen Hilfe schließen. Für diesen Filtermechanismus spricht auch die relativ große Häufigkeit neurotisch gestörter Patienten in nicht-psychiatrischen 'helfenden' Institutionen. Allgemeinpraktikerstudien zeigen, daß nur Bruchteile der psychisch Kranken in psychiatrische Behandlung überwiesen werden <64>. Wegen dieser Barriere gegenüber psychiatrischen Institu-

tionen im engeren Sinn sehen z. B. medizinische Kliniken ein Stück mehr vom Eisberg psychischer Auffälligkeiten. Gerade psychische Störungen mit Organmanifestation (funktionelle Beschwerden, Psychosomatosen) werden sich eher im Patientengut internistischer Kliniken wiederfinden. Damit kommt ihnen im Schicksal dieser Patienten eine entscheidende Weichenstellung zu.

Eine besondere Position nehmen die Universitätskliniken ein, die nicht nur Behandlungs-, sondern auch Lehr- und Forschungsstätten sind und sich um so mehr dieses bisherigen Stiefkindes medizinischen Interesses annehmen sollten.

Epidemiologische Forschung auf dem Sektor psychischer Störungen darf jedoch nicht nur das Füllen einer wissenschaftlichen Lücke sein, nicht nur 'l'art pour l'art', sondern muß sich als angewandte Sozialforschung erweisen. Zutreffende Prävalenzzahlen stellen eine wichtige Planungsgrundlage dar für entsprechende Versorgungseinrichtungen.

Das hat zur Konsequenz, daß eine Synthese geschaffen werden muß zwischen einem leicht operationalisierbaren dimensional und einem praxisrelevanten kategorialen Konzept. Nur dadurch ist gewährleistet, daß sich die epidemiologische Forschung nicht "als ein Denk- und Suchspiel für einige privilegierte Wissenschaftler (etabliert), die sich um die Versorgung der Bevölkerung nicht zu kümmern brauchen. Nur durch eine derartige Kopplung ist aber auch sichergestellt, daß sich die Betreuung von Patienten und Klienten nicht in einem unkontrollierten Dunkel abspielt, in dem keine Effizienzprüfung möglich ist und partikularistische therapeutische Routinen von fraglichem Nutzen wuchern können" <64>.

In der hier präsentierten Studie wird versucht, diese Forderung einzulösen.

Um Mißverständnissen vorzubeugen, ist anzumerken:

Die vorliegende Untersuchung intendiert keinen Rückschluß auf die Verteilung psychischer Störungen in der Bevölkerung - der auch nicht zulässig wäre (epidemiologische Differenz) - sondern lediglich die Identifikation psychischer und psychosomatischer Patienten einer medizinischen Universitätsklinik und die Reflexion der Ergebnisse bezüglich praktischer Konsequenzen.

Dazu soll im nächsten Kapitel der theoretische Rahmen abgesteckt werden mit Vorstellung des zugrundegelegten Krankheitskonzeptes und der Klärung terminologischer Probleme. Der darauf folgende Abschnitt ist der empirischen Untersuchung gewidmet. Er beinhaltet die Erörterung von Planung und Untersuchungsdesign, die Beschreibung der einzelnen Untersuchungsverfahren und ihrer Durchführung. Es schließt sich eine Darstellung des Auswertungsschemas und die statistische Datenaufbereitung an. Die beiden letzten Kapitel sind der Interpretation der Ergebnisse und ihrer Diskussion zugeordnet.

Ich darf nun dieses Einleitungskapitel, zum dem C. G. Jung den Auftakt gab, auch mit einem Zitat von ihm ausklingen lassen, das an unsere obigen Ausführungen anknüpft:

"Wir forschen nicht um der Forschung willen, sondern wegen der unmittelbaren Absicht zu helfen ..." <63>.

## Theoretischer Bezugsrahmen

- 1 Allgemeines Krankheitskonzept
  - 1.1 Analyse des Krankheitsbegriffs
  - 1.2 Eindimensionales versus dreidimensionales Krankheitsmodell
  - 1.3 Definition eines erweiterten Krankheitsbegriffs
- 2 Der Formenkreis psychischer und psychosomatischer Störungen
  - 2.1 Definition 'psychisch krank'
  - 2.2 Das Spektrum psychischer und psychosomatischer Störungen
    - Terminologische Klärungen und Abgrenzungen, *differentia specifica*
- 3 Das Forschungskonzept
  - 3.1 Ableitung aus dem Krankheitskonzept
  - 3.2 Konkretisierung anhand der Untersuchungsinstrumente
- 4 Transformation des Krankheitsbegriffes zur Entscheidungshilfe bei der Fallidentifikation, Operationalisierung abstrakter Begriffe
- 5 Probleme der Klassifikation

## Theoretischer Bezugsrahmen

Für die Beurteilung der Häufigkeit psychosozialer Krankheiten ist es entscheidend, gemessen an welchen Kriterien psychische und psychosomatische Störungen überhaupt als solche identifiziert werden und in welchem Umfang erkannte psychische Störungen als Krankheit deklariert werden.

Dazu ist es notwendig, erst ein Vorverständnis über die Begriffe von Gesundheit und Krankheit zu gewinnen.

Zunächst möchte ich die verschiedenen Facetten des Krankheitsbegriffes beleuchten, dann werde ich das eindimensionale dem dreidimensionalen Krankheitsmodell gegenüberstellen und die explizite Definition des Krankheitsbegriffes aufführen, der in diese Arbeit eingegangen ist.

Anschließend soll eine Aufgliederung hinsichtlich des Spektrums psychischer und psychosomatischer Störungen erfolgen. Es werden terminologische Klärungen und Abgrenzungen vorgenommen und es wird versucht, die *differentia specifica* jeder Krankheitskategorie herauszumodellieren.

Im folgenden wird dann das Forschungskonzept dargestellt, das sich aus dem zugrunde liegenden Krankheitskonzept ableitet, konkretisiert anhand der Untersuchungsinstrumente, in deren Gestalt es zum Tragen kommt.

Zuletzt will ich versuchen, den Krankheitsbegriff so zu transformieren, daß er eine echte Entscheidungshilfe darstellt bei der Fallidentifikation.

"Wir besitzen keine Diskriminanzanalyse für die Entscheidung zwischen gesund und krank" (Schaefer <102>).

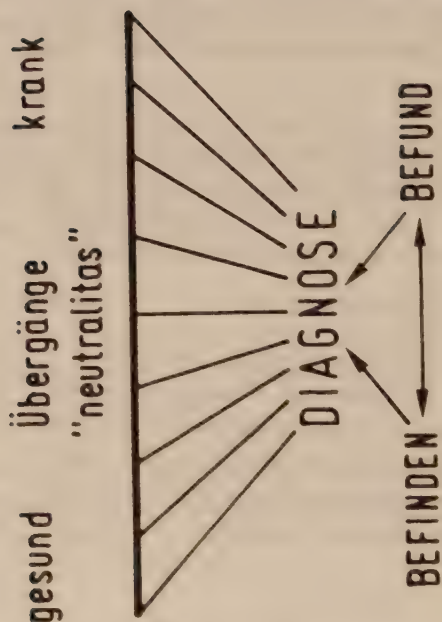
## 1 Das Krankheitskonzept

### 1.1 Analyse des Krankheitsbegriffes

Geht man von der sprachlichen Bedeutung aus, so lassen sich drei mögliche Facetten des Wortes 'Krankheit' finden, die nach Schaefer folgendermaßen klassifiziert werden können:

- 1 Krankheit als Allgemeinbegriff 'Erkrankung', der den Zustand eines Kranken gegen den eines Gesunden abgrenzt, ohne Berücksichtigung des speziellen Falles. Das griechische Wort 'Pathos' (πάθος) trifft den Bedeutungsgehalt dieses Krankheitsbegriffes.
- 2 Davon muß unterschieden werden die konkrete Krankheit, die dem griechischen Begriff 'nosos' (νόσος) entspricht, der den Krankheitsvorgang in seiner speziellen Phänomenologie impliziert, d. h. eine diagnostisch bestimmte Krankheit meint.
- 3 Schließlich kann Krankheit noch Kranksein bedeuten, d. h. Krankheit bezogen auf den konkreten Einzelmenschen, als einmaliges unverwechselbares Beziehungsgeflecht von Krankheitsursachen und Krankheitsfolgen eines speziellen Individuums. Für den Kranken in diesem Sinne existiert in der lateinischen Sprache der Terminus 'aegrotus'.

Während 'pathos' und 'nosos' die Aspekte einer vorwiegend materialen Krankheitsauffassung verkörpern, entspricht dem Begriff 'aegrotus' die personale Betrachtungsweise. (Das Gegensatzpaar material/personal, bezogen auf das Krankheitskonzept, stammt von Hartmann <54>).



personale Krankheitsauffassung:

"Kranksein"

"aegrotus" = der kranke Mensch

materiale Krankheitsauffassung:

"Krankheit"

"pathos" = d. Krankheit i. allgem.

"nosos" = d. spezielle Krankheit

Diese Sichtweisen sind im Laufe der Medizingeschichte miteinander verwachsen. Der Dreifach-Aspekt des Krankheitsbegriffs hat jedoch auch in unserer Gegenwartsmedizin noch Geltung: "Abgesehen von der (subjektiv zu erlebenden) Sphäre des Krankseins, das uns in unserem 'Befinden' beeinträchtigt, benutzt man den Begriff Krankheit einerseits für die spezielle Krankheit, die sich im 'Befund' äußert und die zu ihrer vollständigen Beschreibung der Diagnose bedarf. Dadurch ist die Krankheit immer ein ätiologisch betrachteter 'Prozeß', *nosos*, *morbus*, ein Prozeß, der, wo seine Ätiologie (d. h. seine Erstursache) nicht erfindlich ist, durch die Pathogenese, den Entwicklungsgang der Krankheit, definiert ist. Dies Konkrete der spezifischen Krankheit verschwindet dann völlig in dem Allgemeinbegriff der Krankheit" <102>.

Mit diesen Überlegungen zum Sprachgebrauch des Begriffs Krankheit ist noch nicht die Frage nach den Unterscheidungskriterien zwischen gesund und krank, d. h. die Frage der genauen Definition, beantwortet. Der Facettenreichtum des Wortes 'Krankheit' und die unterschiedlichen Fokussierungen durch die Zeitströmungen, in mehr materialer oder personaler Weise, läßt bereits die Schwierigkeiten ahnen, einen allgemeinen Konsens darüber zu finden, was Krankheit ist. "In allen Perioden der Menschheitsgeschichte ist der Wunsch entstanden, ein der bunten Vielfalt individueller Krankheitsprozesse (*Nosoi*) gemeinsames Charakteristikum zu erarbeiten, eine Determinante, welche letztlich den kranken vom gesunden Zustand unterscheidet und aus einem gesunden Menschen einen 'Leidenden', einen 'Patienten' macht" <102>.

Schaefer <102> kommt in seiner Schlußbetrachtung zum Krankheitsbegriff zu dem Ergebnis, daß es kein Definitionsschema zu geben scheint, nach welchem der Begriff Krankheit allgemeingültig und unangreifbar zu interpretieren wäre. Die Unmöglichkeit, eine einzige umfassende Definition zu finden, rührt zunächst daher, daß

schon Gesundheit zwei Bereiche hat. Sie ist ein Phänomen, das ein Individuum angeht, das in einen sozialen und kulturellen Kontext eingebunden ist. Damit konstellieren sich zwei Bezugssysteme heraus, in Hinsicht auf welche die Definition zu gelten hat. Die tautologischen Umschreibungen versuchen den Begriff Krankheit in jeweils einem begrenzten Bezugssystem dadurch zu interpretieren, daß entweder eine subjektiv-hedonistische (Wohlbefinden, Sinnerfüllung, Selbstentfaltung, die durch Krankheit beeinträchtigt sind) oder eine wissenschaftliche (Funktion, Norm) oder eine soziologische (Verhalten) Sprachweise als Umschreibung des Sinnes vorgeschlagen werden, der dem Begriff 'Krankheit' zu unterlegen ist. Keines dieser Bezugssysteme ist allgemeingültig und vollständig, alle drei sind Partikularsysteme. Die einzelnen Perspektiven des Zugangs zum kranken Menschen müssen sich komplementär ergänzen und zu einer pluriperspektivistischen Komplementärmedizin <123> hinführen.

## 1.2 Eindimensionales versus dreidimensionales Krankheitsmodell

Zur Definition psychischer Gesundheit/Krankheit lassen sich nach Keupp 1972 (zitiert in Bach <10>) operational drei verschiedene Störungsmodelle zuordnen,

1. das biomedizinisch-psychiatrische
2. das psychoanalytische
3. das sozialwissenschaftliche.

"Alle 3 Positionen beziehen ihre Definition aus einer spezifischen eingeschränkten Perspektive, welche an ihre jeweiligen Grundannahmen über Ätiologie psychischer Störungen gebunden ist."

Gleichgültig, welchen Ansatz man favorisiert, es wird sich stets um einen Reduktionismus handeln.

Das tradierte medizinische Modell orientiert sich an objektiven Krankheitszeichen. Es erfuhr seine Ausgestaltung in einer Zeit, in der Krankheiten hauptsächlich auf Krankheitserreger und Ernährungsmängel zurückgingen, also durch einfache Ursachen-Wirkungszusammenhänge zu beschreiben waren. Im Wandel des Krankheitspektrums lassen sich bei den meisten Krankheitsbildern heute keine einfachen Kausalbeziehungen mehr herstellen, sondern es sind Bedingungsgefüge mit komplizierten Wechselwirkungen anzunehmen. Dies gilt besonders für die psychisch bedingten oder mitbedingten Störungen. Unter Ausblendung dieser Erkenntnisse hat in praxi vielfach auch heute noch ein Krankheitsbegriff Gültigkeit, der "zentriert um einen hippokratischen Naturbegriff als anonymer Konstante ... Krankheit auf die Dysfunktionalität einzelner Organe und Systeme reduziert" <128> und eine "in der Tradition Emil Kraepelins stehende Auffassung diskutiert, wonach man psychische Störungen in den Kategorien der Organmedizin zureichend erfassen zu können glaubt" <10>. Gemessen an den objektiven medizinischen Untersuchungsmethoden, wären dann alle Störungen, die derart nicht faßbar sind, keine Krankheit oder bestenfalls Krankheiten, deren organpathologisches Substrat sich dem aktuellen naturwissenschaftlichen Kenntnisstand noch entzieht. Die diagnostische Entscheidung gesund oder psychisch krank wird letztendlich am vorwissenschaftlichen Kriterium des Konformitätsgrades ausgerichtet.

Bezieht man den Aspekt der Lebensqualität - der durch die psychosoziale Situation entscheidend mit determiniert wird - in das Krankheitskonzept ein, so enthüllt sich die "falsche Restriktivität" des medizinischen Paradigmas.

Was hier über den medizinischen Reduktionismus gesagt wurde, gilt natürlich in anderer Form auch für das eindimensionale psychoanalytische und sozialwissenschaftliche Modell.

Um dem Patienten in seiner Ganzheit gerecht zu werden, wird man sich um die Synthese der genannten Betrachtungsweisen bemühen müssen. Von diesem dreidimensionalen Ansatz aus leitet sich eine umfassende Neudefinition des Krankheitsbegriffs zwingend ab.

### 1.3 Definition eines erweiterten Krankheitsbegriffs

Für das Bemühen um Mehrdimensionalität sollen hier aus der Literatur repräsentativ die beiden nachfolgenden Definitionen genannt werden:

Eine integrative Definition wurde bereits 1946 von der WHO geschaffen, indem sie als Gesundheit den Zustand vollkommen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und Krankheit als die Abweichung davon festlegte <102>.

Eine geringgradige Modifikation dieser WHO-Definition findet sich bei Zepf <128>, der Gesundheit beschreibt als ein "bestimmtes dynamisches Gleichgewicht somatischer, psychischer und sozialer Faktoren, welches charakterisiert ist durch optimales Wohlbefinden in diesen Bereichen". Krankheit definiert sich damit als "genetische Störung dieses Gleichgewichtes".

Der Nachteil dieser Definitionen liegt einmal darin, daß sie idealtypisch und damit utopisch sind. Außerdem räumen sie der Subjektivität des Individuums, seinem 'Wohlbefinden' die alleinige Entscheidung über die Anwendbarkeit des Begriffs Krankheit ein. Wenn es auch zu begrüßen ist, daß die Befindlichkeit, die subjektive Erlebnissphäre des Krankseins, wieder mehr in den Vordergrund tritt, so genügt sie jedoch nicht als einziger Maßstab für Krankheit. "Befinden ist nur in Grenzen klassifizierbar, nie meßbar, daher nie vergleichbar, normierbar und insbesondere nie kontrollierbar" <102>. Schaefer <102> fordert daher, "daß Befinden und Befund gemeinsam nicht nur die Diagnose liefern ..., sondern auch die Einordnung eines Individuums in die Klasse der 'Kranken' bestimmen." Die nachfolgende eigene Definition versucht, neben der ganzheitlichen (dreidimensionalen) Sicht gesundheitlicher Integrität auch dem subjektiven (Befinden) und objektiven (Befund) Aspekt Rechnung zu tragen:

Krankheit äußert sich als Befindensstörung (organisch, psychisch, sozial) und/oder pathologischer Befund (Normabweichung, gestörte Funktion), der mit (natur)wissenschaftlichen oder hermeneutischen Methoden erhoben wurde.

## 2 Der Formenkreis psychischer und psychosomatischer Störungen

### 2.1 Definition 'psychisch krank'

Entsprechend dem Schwerpunkt unserer Thematik möchte ich, anknüpfend an das Krankheits-Vorverständnis des letzten Kapitels, jetzt - per definitionem - einige Schlaglichter auf den psychischen Aspekt von Gesundheit/Krankheit werfen. Bach <10> bestimmt, im Bestreben, die Eindimensionalität zu umgehen, psychische Gesundheit als "die unter vorfindlichen Bedingungen äußerste mögliche Fähigkeit zur vollen unreduzierten Erfahrung von innerer und äußerer Realität und deren Umsetzung in kommunikative Prozesse und Handeln."

Bach favorisiert den Erfahrungsbegriff, da sich unter ihn alle Einflußbereiche subsummieren lassen, die an der Konstitutionierung von Psychischem beteiligt sind: "psychologische, psychodynamische sowie physiologische und biochemische Prozesse." Der Autor erweitert die obige Definition, indem er dem psychisch Gesunden außerdem "die Fähigkeit zur bewußten Wahrnehmung und zum affektiven Erleben von vorhandenen innerpsychischen und äußeren Konflikten unter Wahrung eines Gefühls von Kontinuität und Kohärenz des eigenen Selbst" attribuiert.

An dieser Stelle scheint es mir angebracht, kurz das Spezifikum des pathologischen bzw. neurotischen Konflikts - im Gegensatz zum existenziellen Konflikt - einzublenden. Es besteht darin, daß es um den Widerstreit zwischen ursprünglichen Bedürfnissen geht, von denen das eine die Stufe des Vorbewußten und Bewußten erreicht hat, das andere jedoch auf der Stufe des Unbewußten zurückgehalten worden ist, so daß eine Austragung des Konfliktes nicht möglich ist. Anders gesagt: "Neurotisch wird die Konfliktbewältigung, wenn dieser Bearbeitungsvorgang nicht mehr mit sich selbst oder mit anderen kommuniziert werden kann, d. h. privatsprachlich wird" <76>.

Kehren wir zur Definition Bachs zurück, so erscheint in dem zuletzt genannten Zusatz der Begriff 'Kohärenz des eigenen Selbst'. Mit dieser Implikation läßt sich das hier erörterte Konzept psychischer Krankheit nicht nur neurosentheoretisch verrechnen, sondern es erhält Anschluß an die Selbstpsychologie im Kohut'schen Sinn. Auch Mentzos <83> fordert bei der Bewertung psychischer Krankheit die Berücksichtigung dieses Aspekts, "der früher nur am Rande eine Rolle spielte, nämlich der Reifungsgrad, der Entwicklungsstand und im Zusammenhang damit die Kohäsion, die Beschaffenheit und Funktionsfähigkeit des Ichs (Selbst). Richtete man sein Augenmerk früher vorwiegend auf den Konflikt, so hat man allmählich gelernt, daß diese eben erwähnten Ich- (Selbst-) 'Konstanten' von größter Bedeutung ... sind."

Bach <10> erörtert seine Definition weiter in Hinblick auf die komplementären Bezugssysteme Individuum und Gesellschaft: "Die Fähigkeit zu unreduzierter Erfahrung fungiert dann als Oberbegriff für alle wünschenswerten Erlebnis- und Verhaltenskompetenzen, welche der Entfaltung individueller Subjektivität in der Gesellschaft förderlich sind. In der Beurteilung dessen, was wünschenswert ist, gehen natürlich die individuellen Idealvorstellungen von psychischer Reife und Vorstellungen über die erstrebenswerten gesellschaftliche Entwicklung ein. Um einen bloß subjektivistischen Standpunkt zu vermeiden, ist es nötig, daß die optimalen psychologischen und psychodynamischen Funktionsnormen in einem herrschaftsfreien Diskurs der Beteiligten argumentativ begründet werden (Habermas 1973b, S. 144)."

Die Achillesferse dieses Gesundheitsbegriffs besteht darin, daß bisher kein allgemeiner Konsens über die individuellen und gesellschaftlichen Optimalbedingungen existiert und sicher auch schwierig zu erreichen ist. In Hinblick auf die Praxisrelevanz stecken wir damit definitorisch in einer Sackgasse.

Bach hilft uns hier nicht weiter; er läßt die Forderung nach einem intersubjektiv festzulegenden Ideal stehen und geht von einem fiktiven (im Habermas'schen Sinn näher zu bestimmenden) Optimum aus: "Bei einem so definierten optimalen Niveau psychischer Entwicklung bleiben die Individuen im Zustand psychischer Krankheit hinter ihrem individuellen und einem gesellschaftlichen Optimum deutlich zurück. Das Defizitäre äußert sich in übermäßiger Verfallenheit entweder an die 'innere Natur' oder an die äußere zweite Natur, die Gesellschaft." Daraus leitet der Autor zwei Ausprägungsformen von Psychopathologie ab, die er als "klinische Pathologie" und als "Normalpathologie" bezeichnet. Die Kategorie 'klinische Pathologie' weist eine Spannweite auf von den Symptomneurosen bis zu den Formen psychischer Desintegration und umfaßt somit die bekannten klassischen psychischen Störungen. Zum Patho-Mechanismus dieser Krankheitsgruppe schreibt Bach: "Die Manifestationen dieser Störungen kommen nach psychoanalytischer Erkenntnis zustande dadurch, daß bestimmte Impulse der inneren Triebnatur oder Wahrnehmungen in der äußeren Realität der bewußten Erfahrung entzogen, mit Lorenzers Wort 'desymbolisiert' werden und sich hernach über symptomatisches Verhalten doch teilweise durchsetzen. ... Die psychisch Gestörten leiden unmittelbar an diesem symptomatischen Verhalten, wenn es nicht ich-synton ist, oder - sofern es schon ich-synton geworden ist, leiden sie indirekt unter den negativen sozialen Folgen."

Bei der zweiten Kategorie mit dem paradox erscheinenden Begriff 'Normalpathologie' imponiert als spezifische Form der Verarbeitung von Erfahrung gerade die äußerste Flexibilität in der Rollenübernahme, die jedoch die individuelle Identität auf ein Minimum schrumpfen läßt. Bach spricht hier von "defizitäre(r) Persönlichkeitsstruktur", von erfolgreicher Realitätsbewältigung bei gleichzeitiger "psychoaffektive(r) Verarmung, verbunden mit der Aufblähung instrumenteller Denkstrukturen."

Mit dieser Einführung des Konstrukts 'Normalpathologie' verwahrt sich Bach explizit gegen die Auffassung, nach welcher psychische Gesundheit am Konformitätsgrad mit den etablierten kulturellen Normen gemessen wird und Krankheit als Abweichung davon gilt. Für die Kategorie 'Normalpathologie' existieren keine genauere strukturelle Einordnung und keine Untersuchungen über Ätiologie und Psychogenese. Bach stellt jedoch die Frage nach möglichen strukturellen Ähnlichkeiten mit narzißtischen und schizoiden Störungen in den Raum. Er sieht auch "Analogien zu dem Begriff der pathologischen Extraversion" der Jung'schen Schule und zum Begriff des symptomlosen Neurotikers (Schultz-Hencke). Mir kommen als Assoziationen dazu Begriffe wie 'Alexithymie', 'automatistisch-mechanistisches Denken', die im Zusammenhang mit einer psychosomatischen Persönlichkeitsstruktur diskutiert werden. (Siehe auch nächstes Kapitel).

Diese Ausführungen zum idealkritischen Globalbegriff psychischer Gesundheit/Krankheit von Bach erlauben zwar keine unmittelbare Transformation in die Praxis - das Problem der Operationalisierbarkeit bleibt -, sie sind jedoch geeignet, die Vielschichtigkeit des Begriffs psychischer Krankheit auf theoretischer Ebene abzubilden und ein Verständnis für die Komplexität der Thematik zu vermitteln.

## 2.2 Das Spektrum psychischer und psychosomatischer Störungen - Terminologische Klärungen und Abgrenzungen, differentia specifica

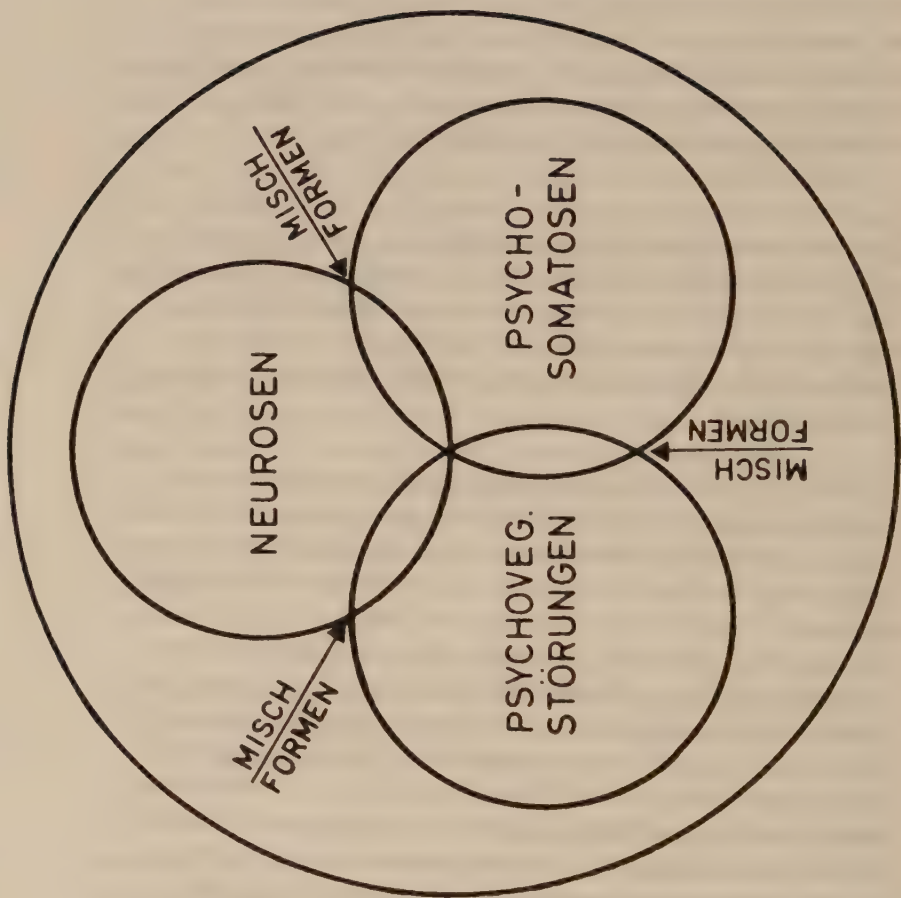
Wir wollen an dieser Stelle an den Appell von Katschnig und Strotzka <64> verweisen, in dem sie eine Ablösung der alten einfach Fälle zählenden Epidemiologie durch eine neue praxisnahe Klassifikation als dringend erforderlich propagieren. Denn: "Der bisher weitgehend unsichtbar gebliebene Teil des Eisberges 'kleiner psychischer Störungen' bedarf der Differenzierung, um ein differentes Hilfsangebot erstellen zu können ...

Dabei müßte die harte Dichotomie von 'neurotischem' und 'normalem' Unglück, von 'krank' und 'gesund' zugunsten einer mehrdimensionalen Klassifikation aufgegeben werden, die der Vielfalt menschlichen Erlebens und Verhaltens besser entspricht."

Mit dieser Intention verlassen wir nun die Globalkategorie psychischer Erkrankung (i. S. der Bach'schen Definition) und wenden uns dem Spektrum psychischer Störungen zu, an dem sich der praktische Teil unserer Untersuchung orientieren soll.

Zunächst werden terminologische Klärungen und Abgrenzungen vorgenommen, bezogen auf die Drei-Teilung in psychoneurotische, funktionelle (psychovegetative) und psychosomatische Störungen. Diese Kategorisierung ist sicher nicht unproblematisch, sie bezieht ihre Berechtigung jedoch aus klinisch-pragmatischen sowie psychogenetisch-psychodynamischen Gründen (die später noch zur Sprache kommen).

Der etwa 200 Jahre alte Begriff 'Neurose' ist am einfachsten zu bestimmen, nachdem diese Krankheitskategorie seit S. Freud lange Zeit die Landschaft psychologischer Literatur beherrscht hat, und sowohl ihre Psychogenese als auch ihre Psychodynamik gut untersucht sind. Ganz allgemein verbindet der Terminus 'Neurose' eine bestimmte Symptomatik (z. B. Ängste, Zwangssymptome) mit einer Annahme über ihre psychogene Ätiologie. Dies geschieht meist im Rahmen psychoanalytischer Theorienbildung. Sie besagt *cum grano salis*, daß das Ich - bei Ich-Schwäche oder durch Angst-Schuld-kopplung genetisch gestörter Triebentwicklung - zu Abwehrmechanismen anstatt zu reifer Konfliktlösung neigt, womit die Konfliktsituation einer bewußten Verarbeitung entzogen wurde. Es kommt zur pathologischen Konfliktverarbeitung. Unter Einfluß spezifischer Versuchungs- und Versagungssituationen tritt eine psychische Dekompensation auf. Die Energie der abgewehrten Triebkomponente versucht sich dann in der Symptombildung, dem neurotischen Symptom, durchzusetzen. Als 'Kern-Komplex' des Neurosenkonzeptes gilt nach Freud der ödipale Konflikt, der unbewältigt zur psychoneurotischen Störung führt.



## Nosologische Drei - Teilung

Die neurotische Störung läßt sich von drei Seiten beleuchten: dem dynamischen Aspekt (Gefühle, Motivationen, Konflikte), dem strukturellen Aspekt (Bewältigungsmodus mit habituellen Erlebens- und Verhaltensweisen), dem genetischen Aspekt (entwicklungsgeschichtliche Besonderheiten).

Bei der Frage der Neurosenwahl ist für jeden Einzelfall ein individuelles Faktorenbündel anzunehmen.

Die verschiedenen Neurosenstrukturen (schizoide, depressive, zwanghafte und hysterische Struktur) sind vor allem durch die infantilen Organisationsstufen determiniert, zu dem die Triebe und das Ich regredieren bzw. an die sie fixiert geblieben sind. Zur Unterscheidung von Symptomneurose und neurotischem Charakter möchte ich u. a. auf die folgenden Literaturstellen verweisen: <59>, <83>.

Kaschnig und Strotzka sehen in der ICD-Definition von 'Neurose' eine Mittelstellung zwischen den kargen epidemiologischen Beschreibungen (als 'nicht-organische' und 'nicht-psychotische' Rest-Kategorie psychischer Störungen) und den theoriebeladenen klinischen Definitionen. Laut ICD Position 300 (9. Revision 1979 <24>) sind Neurosen "psychische Störungen ohne nachweisbare organische Grundlage, in denen der Patient beträchtliche Einsicht und ungestörte Realitätswahrnehmung haben kann und im allgemeinen seine krankhaften subjektiven Erfahrungen und Phantasien nicht mit der äußeren Realität verwechselt. Das Verhalten kann stark beeinträchtigt sein, obwohl es im allgemeinen innerhalb sozial akzeptierter Grenzen bleibt, aber die Persönlichkeit bleibt erhalten. Die wesentlichen Symptome umfassen: ausgeprägte Angst, hysterische Symptome, Phobien, Zwangssymptome und Depressionen."

Der diagnostische Begriff der 'psychosomatischen Krankheit' ist mehrdeutig und umstritten. Der Terminus wird in mindestens drei Bedeutungen angewandt:

1. Psychosomatische Erkrankungen im engeren Sinn, bei denen sowohl ein Organdefekt nachweisbar ist als auch eine psychische Determinante, die diese Organläsion ursächlich und in ihrem Verlauf mitgestaltet. Unter diese Rubrik fallen insbesondere die klassischen psychosomatischen Krankheiten (Asthma bronchiale, Ulcus duodeni, Colitis, Anorexia nervosa, die essentielle Hypertonie, alimentäre Adipositas, Neurodermitis).

Wir wollen im folgenden den Begriff 'psychosomatisch' für diese Krankheitsgruppe reservieren.

2. Seelisch-körperliche Beschwerden ohne Veränderung der Organstruktur im Sinne von neurotischen Syndromen mit vegetativen Begleiterscheinungen, Angstzustände mit vegetativem Korrelat, also rein funktionelle Störungen. Darunter fallen z. B. Symptomkomplexe, die häufig als vegetative Dystonie bezeichnet werden oder die Herz-'Neurose'.

Diese Beschwerden werden von uns in einer gesonderten Gruppe unter dem Begriff 'funktionelle oder psychovegetative Störungen' zusammengefaßt.

3. Psychische Beschwerden im Gefolge primär körperlicher Krankheiten, die korrekter als somato-psychisch zu bezeichnen sind und im folgenden auch unter diesem Terminus laufen.

Oft werden auch die Konversionsneurosen, als psychogene Störungen mit körperlicher Symptomatik, unter die 'psychosomatischen Krankheiten' subsummiert. Von ihrem pathogenen Muster her - als auf der körperlichen Ebene symbolisch dargestellter Triebkonflikt - unterstehen sie jedoch eindeutig dem Neurosenkonzept und werden in der vorliegenden Arbeit auch der Gruppe der Neurosen zugerechnet.

Auch wenn wir versucht haben, uns aus der terminologischen Vieldeutigkeit einen Weg zu bahnen, so ist die Problematik des Psychosomatikbegriffs und der damit verbundenen theoretischen Implikationen noch nicht entschärft. Es geht dabei vor allem um Fragen der Existenzberechtigung einer Kategorie 'psychosomatische Krankheiten' als spezifische nosologische Einheit und ihre Abgrenzung, um die Konzeption einer psychosomatischen Persönlichkeitsstruktur und die Ätiopathogenese dieser als spezifische Krankheitsgruppe hypostasierten Störungen.

Alexander <9>, der Vertreter des psychophysiologischen Parallelismus, stellt die Berechtigung der 'psychosomatischen Krankheit' als nosologische Einheit in Frage. Er sieht Krankheit als somatopsychisch-psychosomatisches Gesamtgeschehen, verweist auf die multikausalen Bedingtheiten in allen Zweigen der Medizin und betont das gleichzeitige ubiquitäre Bestehen beider Faktorenreihen, der emotionalen und somatischen: "Multikausalität und die variable Verteilung psychologischer und nichtpsychologischer Faktoren von einem zum anderen Fall macht den Begriff der 'psychosomatischen Krankheit' als spezifische diagnostische Einheit wertlos. Theoretisch hat jede Krankheit einen psychosomatischen Charakter, weil emotionale Faktoren sämtliche körperlichen Vorgänge auf nervösen und humoralen Bahnen beeinflussen".

Luban-Plozza/Pöldinger <78> sehen sich dem latenten Widerspruch der Bezeichnung 'psychosomatisch' gegenüber, wenn es darum geht, eine Demarkationslinie zwischen den psychosomatischen Erkrankungen und anders bedingten Störungen zu ziehen: "Verwendet man nämlich diesen Begriff nur für ganz bestimmte Störungen, so verwirft man damit die unitarische Konzeption der Medizin und bestätigt den Dualismus Körper-Seele, der wie Phönix aus der Asche neu entsteht. Man wäre dabei versucht, bei gewissen Krankheiten die psychischen Faktoren und bei anderen die somatischen Gegebenheiten zu vernachlässigen." Sie zitieren dazu den Bericht einer Expertenkommission der WHO aus dem Jahre 1964, die dieses Paradoxon

unterstreicht, jedoch nicht versucht, dieses Problem zu lösen. Dieses Gremium räumt die Möglichkeit ein, die Demarkationslinie an verschiedenen Stellen zu ziehen, "je nachdem, ob man die Prophylaxe, die Therapie oder die Forschung im Auge hat."

Im folgenden werde ich nicht versuchen, die Entwicklungslinien der Psychosomatik im Detail nachzuzeichnen und ihre renommierten Vertreter und deren Modellvorstellungen zu präsentieren. Dies ist in umfassender Form u. a. im Lehrbuch der Psychosomatik von Th. von Uexküll <116> geschehen, auf das wir in diesem Zusammenhang verweisen. Festzustellen ist jedoch: hier beherrscht nicht wie beim Neurosenkonzept der psychoanalytische Ansatz die Szene, sondern neben der psychoanalytischen Richtung mit ihren triebdynamischen, ich-psychologischen, objekt-psychologischen und gesellschaftskulturellen Aspekten fließen hier theoretische Strömungen wie die Psychophysiologie, die Sozialwissenschaft mit dem Streßkonzept, systemtheoretische und lerntheoretische Denkansätze zusammen. (Auf den sozialwissenschaftlichen Beitrag komme ich später im Rahmen der Life-Event-Forschung zu sprechen.) Nur in Zeitraffung lasse ich die klassischen psychoanalytischen Konzepte der Psychosomatik Revue passieren, angefangen von Freud <116> mit seinem Konversionsmodell in Zusammenhang mit der Hysterie und dem Konzept der Aktualneurosen, die durch vegetative Beschwerdebilder charakterisiert sind, über die sog. spekulative Phase der Psychosomatik, die durch Groddeck <116> repräsentiert wird, mit seinem monistischen Ansatz von Körper und Seele als bloße Erscheinungsformen des Es, das psychodynamische Spezifitätskonzept von F. Alexander <9>, das Konzept der De- und Resomatisierung von Max Schur <116> und seine Auseinandersetzung mit der Ichpsychologie bis zum Modell der zweiphasigen Abwehr von A. Mitscherlich <84>, um dann Halt zu machen bei der Pariser Schule, einer Gruppe von Psychoanalytikern (Marty, Fain, D'Uzan, David <116>), die mit ihrem Konzept der "pensée opératoire", in der sie den pathognomischen Ausdruck der psychosomatischen Pathologie sahen, der Psychosomatik eine entscheidende Wende gaben. Diesen Ansatz möchte

ich etwas gründlicher ins Visier nehmen, da er bis heute die Psychosomatik-Diskussion beherrscht und auch eine wichtige Kulisse für die vorliegende Arbeit bildet. Das Konzept kreist um den Begriff des sog. "psychosomatischen Phänomens", gekennzeichnet in erster Linie durch die Termini "pensée opératoire" oder "Alexithymie" <111>. Es handelt sich dabei um die phänomenologische Beschreibung von Beobachtungen an psychosomatischen Patienten, die zu einer psychosomatischen Persönlichkeitsstruktur zusammengefaßt wurden. Dabei geht es um folgende Charakteristika:

Bezogen auf die affektive Struktur, imponiert als zentrales Merkmal die Unfähigkeit, Gefühle so wahrzunehmen, daß sie verbalisiert werden können, eine Art emotionales 'Analphabetentum'. Eng damit verbunden sind strukturelle Besonderheiten der Kognition. Dazu gehören die "pensée opératoire", ein automatistisch-mechanistisches Denken und die "inhibition fantasmatique de base", eine Phantasiearmut, die sich u. a. im fehlenden Symbolgehalt der Sprache und in einer schablonenhaften, ahistorischen Art des Denkens und Sprechens äußert. Das Selbstverständnis ist geprägt durch fehlendes Identitätsgefühl und einen Mangel an Autonomie. Solche Patienten versuchen, dieses Defizit durch symbiotisch enge Beziehungen auszugleichen. Aus diesem symbiotischen Bedürfnis heraus erklärt sich auch das Phänomen der 'Reduplikation', einer Tendenz, die Objekte projektiv nach dem Muster seines eigenen Selbstbildes wahrzunehmen. Wohl als Ausdruck der eigenen Unsicherheit und Angewiesenheit auf andere fällt ein hohes Maß an sozialer Konformität auf, eine 'Pseudonormalität'.

Weiterhin wird im Umgang mit ihnen eine Beziehungsleere, eine "relation blanche" beschrieben. Dies ist ganz grob skizziert das klinische Bild der 'Alexithymie', das als persönlichkeitspezifisch für die psychosomatisch Kranken hypostasiert wird. Um diese 'psychosomatische Persönlichkeitsstruktur' über den Status eines theoretischen Konstrukts hinauszuhoben, wurden in den letzten Jahren vermehrt wissenschaftliche Anstrengungen unternommen;

u. a. versuchten v. Rad <95>, Overbeck <89>, Zepf <128>, Ahrens <1>, <2>, <3>, <4>, <5>, <6>, <7>, <8>, dem psychosomatischen Phänomen experimentell auf die Spur zu kommen. Teilweise gelang es auch, bisher nur theoretisch begründete Spezifika psychosomatischer Patienten empirisch zu belegen. Obwohl sich die Untersuchungsergebnisse bezüglich der Existenz einer psychosomatischen Struktur verdichten, ist man vom Beweis einer spezifischen psychosomatischen Persönlichkeit doch noch ein Stück entfernt.

Ausgehend von dem o. g. Ensemble von Persönlichkeitsmerkmalen und Verhaltensweisen, die sich dem neurosentheoretischen Verständnis größtenteils entzogen, wurde nach neuen ätiopathogenetischen Erklärungsschemata gesucht.

Inzwischen existieren zahlreiche Modellvorstellungen, die sich, trotz gewisser Überlappungen, bisher nicht zu der patho-psychogenetischen Theorie psychosomatischer Erkrankungen zusammenfassen lassen. Dies liegt nicht nur an Differenzen und Unschärfen der Terminologie, sondern an der Komplexität der Mechanismen, die bei der Entstehung psychosomatischer Erkrankungen zusammenwirken. Ich darf hier in komprimierter Form beispielhaft einige Erklärungsmodelle vorstellen, immer auch im Blick auf die Relevanz bezüglich der späteren Parameter-Analyse: Zuerst die ätiologischen Hypothesen der Französischen Schule, der um 1960 die entscheidende Loslösung vom neurosentheoretischen Konzept gelang. Bei der Erstellung dieser Hypothesen war vor allem Marty federführend. Sie wurden dann später u. a. von Stephanos aufgegriffen und weitergeführt. Den Bezugsrahmen für das psychosomatische ökonomische Konzept und das Postulat über die primären Fixierungsmechanismen bilden die Theorie des fundamentalen Triebdualismus (Lebens-/Todestrieb) und das Evolutionsmodell.

Unter der Annahme eines passageren Einflusses des Todestriebes treten beim Säugling physiologische Dysfunktionen auf, die zu einer Störung der biologischen Ökonomie führen und erst mit Herstellung eines neuen homöostatischen Gleichgewichts neutralisiert werden, später jedoch häufig als psychosomatische Fixierungsmechanismen fungieren. Diese im Physiologischen verankerten Fixierungsmechanismen werden für die psychosomatische Pathologie verantwortlich gemacht; sie bestimmen die "ligne de faiblesse" (die latente 'Schwäche'), den 'mechanistischen Sektor' des Individuums, anders gesagt, eine spezifische Anfälligkeit für die somatische Dekompensation.

Bei Individuen, die infolge einer Hemmung in der psychischen Entwicklung (prägenital), - infolge einer konstitutionellen Schwäche des Lebenstriebs und des Fehlens der adäquaten mütterlichen Zuwendung - das Stadium der halluzinatorischen Wunscherfüllung nicht erreicht haben, d. h., bei denen das Es keine psychische Repräsentanz gebildet und sich nicht vom somatischen Ursprung gelöst hat, besteht ein labiles narzißtisch-energetisches Equilibrium, eine 'brüchige' Ökonomie. Solche psychosomatischen Patienten reagieren auf psychische oder organische Traumata mit einer Mobilisierung der "ligne de faiblesse", der physiologischen Fixierungsmechanismen und mit malignen psychosomatischen Regressionen. Unter Zuhilfenahme des Konzepts der Reorganisation erklären die Autoren, wie der Patient in der pathologischen Desorganisation ein neues energetisches Gleichgewicht auf der regressiven psycho-biologischen Ebene wiederherstellen kann.

Dieser Prozeß wird durch Zuwendung von Seiten des Objekts entscheidend gefördert. Nach Marty <81> können charakterneurotische Abwehrmechanismen und sekundäre libidinöse Besetzungen von Symptomen zu einer stabilen Reorganisation beitragen. Auf der Basis des ökonomischen Konzepts wurde von Marty <81> eine nosologische Einteilung der psychosomatischen Pathologie versucht. Dabei wurden vier fundamentale ökonomische Kategorien erstellt:

1. die primären strukturellen Mangelzustände
2. die progredienten Desorganisationen
3. die globalen Regressionen
4. die partiellen Regressionen

In Weiterführung von Martys Konzept zur psychosomatischen Pathologie wurde von Stephanos <112> eine hypothetische Skala entworfen, welche die o. g. vier Kategorien erfasst und korrelierend dazu Patiententypen darstellt. Sie wurde von ihm in folgendem Schema illustriert:

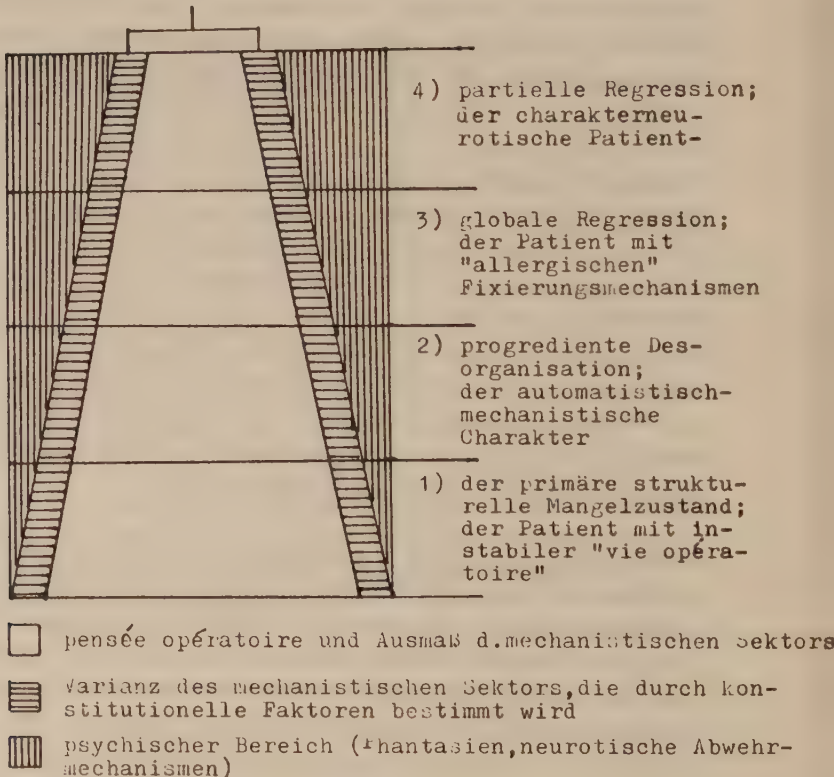


Abb. 3 entnommen aus : v. Uexküll ( 1979 )  
" Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin "

An der Skalen-Basis ist der primäre strukturelle Mangelzustand angesiedelt. Ihm sind Patienten zugeordnet, die keine neurotischen Abwehrmechanismen zeigen und gegenüber den destruktiven Kräften (dem Todestrieb) besonders anfällig sind. An der Spitze der Skala befinden sich die charakterneurotischen Patienten, bei denen der 'mechanistische Sektor' in eine psychische Organisation eingehüllt ist und weitgehend kompensiert bleibt. Diese Patientengruppe zeigt bisweilen die von Marty <81> beschriebenen "partiellen Regressionen". Zwischen diesen beiden Extremen der Skala liegen die globalen Regressionen und die progredienten Desorganisationen.

Bei den vier dargestellten Kategorien handelt es sich um eine schematische Vereinfachung, in praxi werden natürlich Übergangsformen, 'ökonomische Mischformen' beobachtet.

Zepf <128> hat sich mit dem ätiologischen Modell der Französischen Schule kritisch auseinandergesetzt. Er beanstandet in erster Linie, daß "die theoretischen Aussagen der französischen Autoren zerfallen in eine Reihe von Hypothesen ohne gemeinsame Klammer", daß ihnen die metatheoretische Vermittlung fehlt. Auch die Einführung der Todes-/Lebenstrieb-Hypothese kann seiner Meinung nach diesen Mangel nicht beheben, sie wird von ihm als lediglich additives und darüber hinaus spekulatives, in sich widersprüchliches Konzept abgelehnt. Diese Schwachstelle versucht Zepf zu beheben, indem er in der 'Theorie der Interaktionsformen', die von Lorenzer entwickelt wurde, die Genese der psychosomatischen Struktur und ihre Phänomenologie begrifflich genau rekonstruiert. In dieser Theorie der psychosomatogenen Sozialisation, die durch eine restriktive Primärsozialisation bestimmt ist, lassen sich nach empirischer Korrektur (Untersuchungen von Zepf <128>) sämtliche psychologischen Befunde der französischen Autoren problemlos unterbringen. Stark verkürzt läßt sich das Konzept von Zepf folgendermaßen darstellen: Die Ausbildung symbolischer Interaktionsformen beim Kleinkind verlangt nach

einem breitgefächerten und konstanten Interaktionsangebot. In einer restriktiven Praxis ist diese Bedingung nicht erfüllt, die Entwicklung des Kindes wird daher arretiert. Infolgedessen können sich die kindlichen Spannungszustände nicht genügend in Interaktionsformen ausdifferenzieren, die deshalb nicht bewußt verfügbar sind, d. h. nicht in die sprachliche Semantik eingeschmolzen werden können. Geht die individuelle Erfahrung nicht in die Intensionsbildung sprachlicher Begriffe ein, dann werden die betroffenen Individuen das Phänomen der inneren Leere zeigen, das als "pensée opératoire" bezeichnet wird. Unter solchen restriktiven Sozialisationsbedingungen wird auch das Es nur unzureichend in Interaktionsformen strukturiert, das bedeutet, daß die unbewußten Phantasien psychosomatischer Patienten unstrukturiert bleiben und nur in rudimentärer Beziehung zur Sprache stehen, eine Erscheinung, die im Begriff "inhibition fantasmatique de base" ihren Niederschlag gefunden hat.

Aus der restriktiven Praxis leitet sich auch die narzißtische Bedürftigkeit psychosomatisch Kranker ab, ihre Angewiesenheit auf ein spannungsminderndes Objekt. Zur Wiederherstellung der 'primären Ungeschiedenheit' passen sie sich an die Erwartungen und Bedürfnisse eines zentralen Objekts (der Mutter oder ihrer späteren Ersatzfigur) an. Entsprechend empirischen Untersuchungen orientieren sie ihr Selbstverständnis und Verhalten an ihrer Schlüsselfigur, abweichend von der Vorstellung der projektiven Reduplikation der französischen Autoren, die annehmen, daß der psychosomatisch Kranke alle Objekte nach seinem Selbstkonzept wahrnimmt.

Zepf <128> betrachtet die restriktive Praxis als Spezifikum der psychosomatogenen Sozialisation, von der er neurotogene und Psychose-produzierende Sozialisationsprozesse abgrenzt. Als typisch für die neurotogene Sozialisation sieht er "Widersprüche zwischen dem aktuell geforderten Interagieren und den konsistent in Sprache

aufgenommenen Interaktionsformen. Stehen die aktuellen Interaktionsangebote im Widerspruch zu den bisher eingeübten Interaktionsformen, dann werden diese Interaktionsformen der bewußten Verfügbarkeit entzogen." Im Gegensatz dazu beziehen sich bei der Psychose-produzierenden Sozialisation "sich wechselseitig ausschließende Interaktionsangebote auf ein und dasselbe Interagieren ... (double bind)."

Ausgehend von der psychoanalytischen Theorie, versucht Kutter <72> in Analogie zum Neurosenmodell ein Konzept von Konflikt und Krankheit zur Erklärung psychosomatischer Störungen zu entwerfen. Kutter <72> erstellt neun Thesen zu den psychosomatischen Krankheitsbildern - die sich zum Teil empirisch belegen lassen - und zeigt gravierende Unterschiede zu den neurotischen Krankheitsbildern auf:

"Die Art der Abwehr bezieht sich insofern explizit auf körperliche Struktur, als es über 'Somatisierung' (Schur 1955) und 'psycho-physiologische Regression' (Margiolin 1953) zu einem psychosomatischen Symptom kommt (These 1). Das Abgewehrte entspricht dabei nicht ödipalen Konflikten, vielmehr einem hier als 'Basis-Konflikt' herausgestellten existenziellen Konfliktbereich, in dessen Rahmen ein zur Entfaltung strebendes Selbst durch bedrohliche Objekte extrem gefährdet ist (These 2). Die psychogenetischen Ursachen der Bedrohung sind pathogene Prozesse der frühen Mutter-Kind-Beziehung (These 3), die besonders denjenigen Bereich des Selbst-Konzeptes treffen, der sich als Körper-Selbst konfiguriert (These 4). Die Art der pathogenen Objektbeziehung verhindert über sich verweigernde, verschlingende, nicht beachtende oder eindringende Prozesse die frühe Entwicklung der Selbst-Strukturen um den Preis der Selbstaufgabe (These 5). Die dabei beteiligten archaischen Affekte beziehen sich gleichermaßen auf Schmerz, Hunger, Angst und Wut (These 6), wobei sich die Wut im Sinne von Auto-Aggression (These 7) besonders gegen das Körper-Selbst richtet. Die dazugehörigen Phantasien sind archaischer

Natur und durch ein Übergewicht von Affekt gegenüber diffusen Vorstellungsbildern gekennzeichnet (These 8). Im Gegensatz zur neurotischen Struktur hat sich der psychosomatisch Kranke seinen Körper nicht zu eigen machen können. Zumindest Teile davon bleiben außerhalb der bewußt zugänglichen Repräsentanzenwelt desintegriert, wobei diese Anteile in ein und demselben Akt dem Selbst verlorengehen und vom Objekt in Besitz genommen werden (These 9)."

Die geschilderten Erklärungsansätze vermitteln, daß die Entstehung psychosomatischer Krankheiten ein kompliziertes Wechselspiel seelischer, körperlicher und sozialer Faktoren ist, die sich nach Overbeck <91> am besten in einem zirkulären bzw. spiralenförmigen Modell darstellen lassen. Das systemtheoretische Konzept über die Psychosomatosen entspricht am meisten der Wirklichkeit der zirkulären Prozesse, die sich in dem bio-psychosozialen System bzw. dem "Situationskreis" (von Uexküll <116>) der Patienten abspielen und aus dem Aufeinanderwirken und den Wechselbeziehungen biologischer, intrapsychischer, interpersoneller und soziokultureller Faktoren entstehen. Die weitreichendste Konsequenz dieses kybernetischen (Regelkreis-)Ansatzes ist die, daß der ganzheitliche psychosomatische Zugang zu allen Krankheiten eröffnet wird.

In seinem Buch 'Krankheit als Anpassung - Der sozio-psychosomatische Zirkel' zieht Overbeck <91> zur Erklärung der psychosomatischen Symptombildung Konzepte heran, die nicht nur unterschiedliche seelisch-körperliche Ebenen des psychosomatischen Kontexts betreffen, sondern auch unterschiedlichen wissenschaftlichen Positionen entspringen. Die breite Palette psychosomatischer Symptome läßt nach seiner Meinung nicht erwarten, daß es für diese Verschiedenartigkeit der Zusammenhänge ein einheitliches Erklärungsmodell geben könnte. Mit Overbeck glauben wir, daß der Nachteil in Kauf genommen werden muß, daß diese verschiedenen Ansätze nebeneinander stehen bleiben und sich nicht so leicht zu einem Ganzen zusammenfügen lassen. Diese Lücke ist auch nicht durch die Modellvorstellungen zur Entstehung psychosomatischer Symptome zu schließen.

Nach Abhandlung verschiedener Beiträge zu den Entstehungsbedingungen psychosomatischer Erkrankungen und der Diskussion einer spezifisch psychosomatischen Persönlichkeitsstruktur möchte ich - in Analogie zur Darstellung des Neurose-Begriffs - auch hier die ICD-Definition an den Schluß stellen. Danach sind unter psychosomatischen Störungen im engeren Sinne zu rubrizieren:

"Psychische Erkrankungen oder Symptome jeglicher Art, von denen angenommen wird, daß sie eine wesentliche Rolle bei der Entstehung anderweitig klassifizierter körperlicher Erkrankungen spielen, die gewöhnlich mit Gewebeschädigungen einhergehen. Die psychische Störung ist gewöhnlich leichteren Grades und unspezifisch, psychische Symptome (Besorgtheit, Furcht, Konflikte usw.) können ohne offensichtliche psychiatrische Erkrankung vorhanden sein."

Als letzte Kategorie der hier gewählten 'Krankheits-Trilogie' bleiben noch die psychovegetativen oder funktionellen Störungen zu erörtern. Mitscherlich <84> spricht von der stärksten Krankheitsgruppe, die der Arzt in unseren Tagen zu behandeln hat. Sie wird - beeinflusst durch die Französische und die Bostoner Schule - häufig als Untergruppe der psychosomatischen Störungen aufgefaßt und mit dem Terminus "psychosomatische Funktionsstörung" belegt, von anderen wie Alexander (1950), Dunbar (1954), Schultz-Hencke (1951), Schwidder (1959), wiederum innerhalb des psychoneurotischen Konzeptes angesiedelt <47> (Bezeichnung "Organneurose"). Sie soll in diesem Kontext explizit als eigene Kategorie geführt werden, die als Intermediär-Gruppe zwischen Neurosen und Psychosomatosen placiert wurde. Die Zuordnung einer Zwischenposition, wie sie bereits durch Schur und von Uexküll vorgenommen wurde, wird in neueren Studien <46>, <47> bestätigt. Nach Ermann <46> sind psychovegetative Störungen "körperlich-seelische Erscheinungen eines gestörten Erlebens auf der Grundlage einer neurotischen Entwicklung", wobei sich die körperlichen Symptome an strukturell intakten Organen und Organsystemen abspielen.

Sie präsentieren sich als Störungen des Allgemeinbefindens, der autonomen-vegetativen Funktionen, der Motorik und des Affekt-erlebens. Diese psycho-physischen Dysregulationen weisen ein breites Spektrum auf von monolokulären, monomorphen bis zu multi-lokulären, polymorphen Erscheinungsformen. Sie können sich monosymptomatisch (z. B. Schwindelgefühl), als umschriebene Organsyndrome (z. B. Herzneurose) oder als mehr konturenlose polysymptomatische Allgemeinsyndrome ('vegetative Dystonie') zeigen. Sie haben entweder habituellen oder anfallsartig-aktuellen Charakter. Ermann <46> versucht in einem Erklärungsmodell (siehe Abbildung 4), den Pathomechanismen und der Struktur psychovegetativer Erkrankungen Transparenz zu geben. Danach liegt das Spezifische dieser Krankheitsgruppe in einer Doppel-Pathologie, bestehend aus einer Konflikt- und Ich-Pathologie. Die psychopathologischen Kerne sind durch den Mechanismus der Ich-Regression miteinander verknüpft. Die Konfliktpathologie reflektiert ungelöste Trieb- und Beziehungskonflikte der Kindheit. Im Zusammenhang mit mißlungenen Konfliktlösungen manifestieren sich Störungen im affektiven Erleben, die als seelisch-körperliche Gesamtreaktion beispielsweise als Angst, Erschöpfung oder Depression in Erscheinung treten. Dabei ist oft eine Regelmäßigkeit zwischen Konfliktart und Organwahl (z. B. Darmsymptomatik im Zusammenhang mit Macht- und Willkürkonflikten) nachweisbar. Induziert durch einen strukturspezifischen Auslösereiz, kommt es, bei Versagen der charakterneurotischen Abwehr im Rahmen der Konfliktbewältigung, zum Auftreten pathologischer Affekte. Typisch ist dabei die körperzentrierte Wahrnehmung bei gleichzeitiger Skotomisierung des psychischen Affekt-Anteils.

Matrix für eine solche Reaktionsweise bildet die Ich-Pathologie. Sie geht zurück auf eine psychovegetative Grundstörung ('Grundstörung' bedeutet nach Balint <44> einen Defekt in der psychischen Struktur in einem vorsprachlichen und vorkonflikthaften Stadium, auf der Basis einer frühkindlichen Beziehungsstörung).

Disposition

+

frühe Beziehungskonflikte

|

Grundstörung

averbale Kommunikationsebene

|

Ich-Pathologie

Körperorientierung

Disposition

+

Trieb-/Beziehungs-Konflikte

|

"neurotische" Störung:

sprachlich-begriffliche

Kommunikationsebene

|

Konflikt-Pathologie

Organwahl

Auslöse-Konflikt

Psychovegetative Störung

(Entnommen aus: M.Ermann, "Psychovegetative Störungen und stationäre Psychotherapie" 1983)

Abb. 4

Im Rahmen dieser psychovegetativen Grundstörung liegen unzulängliche Desomatisierungen vor, die eine Überbewertung in der Körperwahrnehmung gegenüber der Umweltwahrnehmung bewirken. Unter späteren Belastungssituationen wird diese prämorbid häufig verdeckte Entwicklungsstörung durch Ich-Regression manifest, d. h., der Körper wird als Medium zur Spannungsabfuhr benutzt und als averbales Kommunikationsmittel eingeschaltet. Das psychische Erleben, die verbale Konfliktverarbeitung bleiben dabei ausgeblendet.

Die psychovegetative Störung läßt sich somit auch als "körperliche Abfuhr verbalisierbarer Konflikte auf der Basis einer präverbalen Grundstörung" <44> definieren.

Zu ergänzen bleibt noch die dem ICD-Glossar entnommene Definition funktioneller Störungen psychischen Ursprungs:

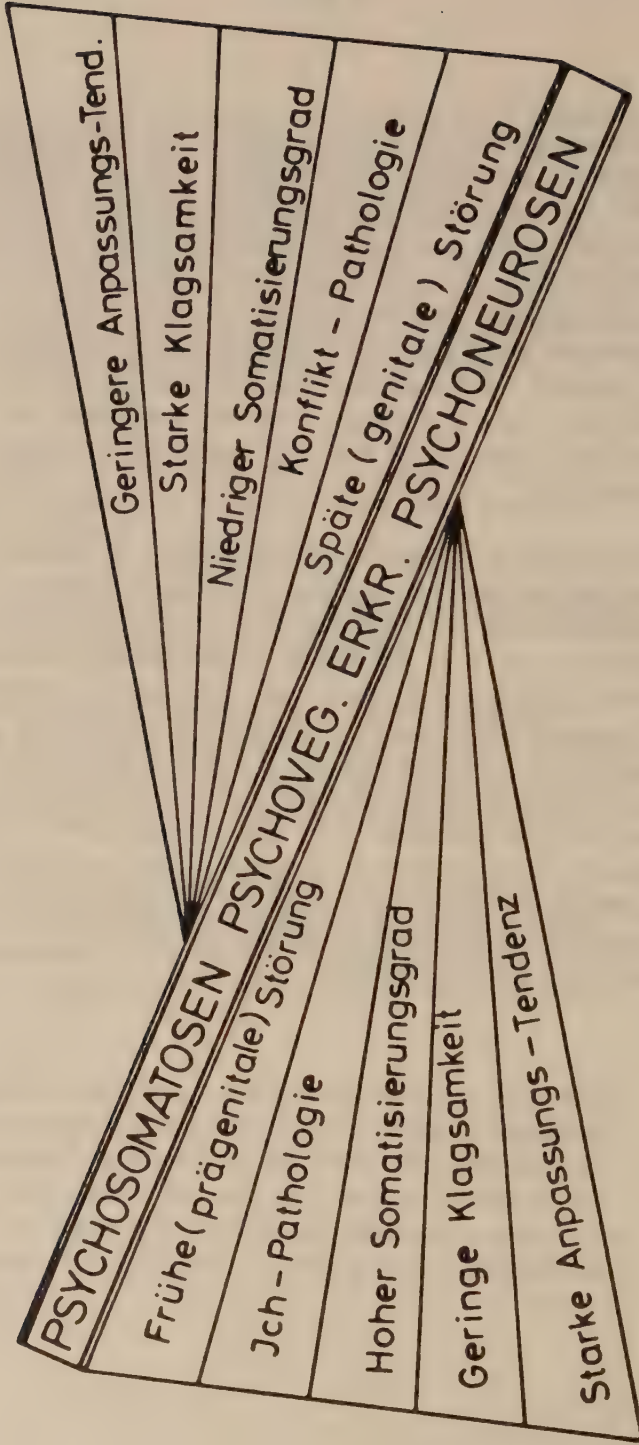
"Eine Vielzahl körperlicher Symptome oder Bilder physiologisch-funktioneller Störungen psychischen Ursprungs ohne Gewebeschädigung, die gewöhnlich durch das autonome Nervensystem vermittelt werden. Die Störungen werden nach Organsystemen gruppiert."

Zuletzt möchte ich in komprimierter Form die differentia specifica der psychovegetativen Krankheitsgruppe gegenüber Störungsbildern herausstellen, mit denen gewisse Überlappungen bestehen und die im vorangehenden Text bereits im wesentlichen abgehandelt wurden.

Die Psychoneurosen lassen sich von den psychovegetativen Erkrankungen abheben einmal durch den geringeren Somatisierungsgrad, zum anderen durch empirisch belegte strukturelle Differenzen, wobei als Unterscheidungsmerkmale vor allem die Ich-Stärke, die Klagsamkeit, die Körperorientierung, das Anpassungsverhalten und die Spannungstoleranz in sozialen Beziehungen eine Rolle spielen <95>, <43>, <47>.

Patienten mit psychovegetativen Beschwerden zeigen, im Vergleich zu den Neurosen, ein weniger funktionsfähiges Ich, eine geringere Klagsamkeit, eine stärkere Körperorientierung, geringere Probleme im Anpassungsverhalten und eine geringere Spannungstoleranz in sozialen Beziehungen. - Innerhalb der Psychoneurosen ist vor allem die Konversionsneurose abzugrenzen, die auch eine psychogene Störung mit körperlichen Manifestationen ohne Organläsion darstellt. Sie setzt eine weitgehend abgeschlossene Ich-Entwicklung voraus und ist gekennzeichnet durch eine symbolische Konflikt-darstellung. Beides ist bei den psychovegetativen Störungen nicht gegeben.

Bei Grenzziehungen gegenüber den Psychosomatosen ist differentialdiagnostisch vor allem der Organbefund zu berücksichtigen; aber auch strukturelle Besonderheiten <89>, <46>, <95> lassen eine Abgrenzung zu, v. a. das Ausmaß der Ich-Störung. Im Vergleich zu den oben genannten strukturellen Merkmalen der funktionellen Störungen läßt sich aufgrund empirischer Befunde kein eindeutig qualitativer Sprung erkennen, vielmehr handelt es sich um mehr quantitative Unterschiede, im Sinne einer gleichsinnigen Steigerung oder Abschwächung (z. B. noch ausgeprägteres Anpassungsverhalten, noch geringere Klagsamkeit). (Siehe auch Abbildung 5). Wichtigste Differential-Diagnostika: Bei psychovegetativen Störungen finden sich keine Organläsionen, die Ich-Pathologie bleibt recht umschrieben.



Differentia specifica der 3 nosologischen Kerngruppen

"Psychologisch-nomothetisches und kritisch-hermeneutisches Verfahren können sich nicht selbst genügen. Beide Verfahren haben verschiedene Funktionen innerhalb der Einheit des Erkenntnisprozesses, die nicht durch ein Verfahren zugleich erledigt werden können ..." <128>.

### 3 Das Forschungskonzept

#### 3.1 Ableitung aus dem Krankheitskonzept

In Ablehnung eines reduktionistischen Krankheitsverständnisses und gemessen an dem Plädoyer für eine ganzheitliche Krankheitsbetrachtung, für eine 'pluriperspektivistische Komplementaritätsmedizin', ergeben sich Konsequenzen bezüglich des Forschungskonzepts.

Ausgehend von der komplexen Determiniertheit psychoneurotischer, psychovegetativer und psychosomatischer Erkrankungen, stellt sich die Frage, welche Forschungsmethodik sich eignet, um das psychoneurotische bzw. psychosomatische Krankheitsgeschehen zu erfassen und transparent zu machen. Weiterhin ist zu diskutieren, welche Klassifikationskriterien für den hier untersuchten Störungsbereich angemessen sind. Im folgenden möchte ich die Prämissen entfalten, die in die gewählte Forschungsmethodik eingegangen sind:

##### Prämisse 1

Mit Overbeck <91> fordern wir: "Krankheiten des Menschen, ob primär organisch oder psychisch bedingt, können in ihrer psychosomatischen Ganzheit nur von Methoden erfaßt und verstanden werden, die die psychologische und soziale Existenz des Menschen (neben dem körperlichen Aspekt) in ihren Ansatz einbeziehen."

##### Prämisse 2

Wir fügen eine Forderung hinzu, die bereits im obigen Zitat von Zepf formuliert wurde und auch von Deneke <27> sowie von Helmchen und Rüdiger <57> aufgegriffen wird: Bei der Untersuchung psychischer und psychosomatischer Störungen ist eine doppelte Forschungsstrategie notwendig, und zwar eine Kombination aus

empirisch-analytischer und kritisch-hermeneutischer Methode und damit eine Verbindung von naturwissenschaftlich-nomothetischer und individualisierend-idiographischer Forschungsstrategie.

### Prämisse 3

Um der Komplexität des Bedingungsgefüges gerecht zu werden, soll der diagnostische Zugang breit gefächert sein, unter Berücksichtigung der unter Prämisse 1 und 2 erhobenen Forderungen.

### Prämisse 4

Hervorgehend aus diesem polypragmatischen Ansatz, wird eine integrierte Diagnose angestrebt (Mehrfachdiagnosenschema) und eine kategoriale sowie dimensional-deskriptive Klassifikation gefordert.

Lassen Sie mich noch eine Begründung für die Erstellung dieser Prämissen geben:

Zu Prämisse 1 ist nichts hinzuzufügen. Sie konstituiert sich eindeutig aus den Ausführungen der vorangegangenen Kapitel.

Prämisse 2 bedarf der genaueren Betrachtung und Argumentation: Basierend auf den Überlegungen von Deneke <27> und Helmchen <57> (1980) sollen Vor- und Nachteile der beiden Forschungsstrategien (empirisch-analytische/nomothetische und kritisch-hermeneutische/idiographische Methode) dargestellt und ihre Verbindung zu einer Doppelstrategie begründet werden (siehe dazu auch Abbildung 6). Die empirisch-analytische/nomothetische Methode zeigt als naturwissenschaftliche Forschungsstrategie die folgenden Vorteile: Die einzelnen Schritte des Forschungsprozesses lassen sich klar explizieren, damit sind ihre Ergebnisse intersubjektiv in Kontrolluntersuchungen überprüfbar. Somit sind die wissenschaftlichen Kriterien der Objektivität und Reliabilität erfüllt. Sie ist auf Verallgemeinerung ausgerichtet und die Ergebnisse sind damit besser kategorisierbar. Gemessen an der Forderung, komplexe psychologische Zusammenhänge zu durchleuchten, werden schnell ihre

| <u>VORTEILE</u>                                                                                                      |               | <u>NACHTEILE</u>                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------|
| Reliabilität<br>Objektivität                                                                                         | nomothetisch  | reduktionistisch<br>Gefahr inhaltl. Verkürzungen und Verzerrungen |
| Validität<br>Relevanz<br>Konkrete Lebensbezügl.<br>Erfassung Komplizierter<br>Interdependenzen zw.<br>Einzelbefunden | idiographisch | Subjektivität<br>geringere Reliabilität                           |

Verflechtung von nomothetischem u. idiographischem Ansatz

Abb. 6

Nachteile deutlich: sie ist reduktionistisch, indem sie nur eine limitierte Anzahl von Variablen untersucht und überindividuelle Gesetzmäßigkeit fokussiert. Dadurch wird der Blick so eingengt, daß das individuell Bedeutsame kaum gesehen werden kann. Kompliziertere psychische Wechselbeziehungen, fluktuierende kursive Merkmale, Interaktionsprozesse lassen sich nur unzulänglich erfassen, da sie schwer bzw. nur unter der Gefahr erheblicher inhaltlicher Verkürzungen und Verzerrungen operationalisierbar sind. Die Relevanz statistischer Einzelbefunde bezüglich des gesamten Krankheitsprozesses ist oft schwer zu beurteilen. Es bleibt ungewiß, ob Merkmalsverknüpfungen nicht von übergeordneten Variablen abhängen, die im Untersuchungsdesign nicht berücksichtigt wurden. - In nahezu reziprokem Verhältnis dazu steht die kritisch-hermeneutische/idiographische Erkenntnismethode. Dort, wo die empirisch-analytische Strategie ihre Schwachstellen aufweist, zeigt sie ihre Stärken und Vorteile: Unter Rückgriff auf ein schon existierendes theoretisches Bezugssystem versucht diese Methode, Zugang zum lebensgeschichtlich-biographischen Hintergrund des konkreten Falles zu erhalten. Sie bemüht sich, das Krankheitsgeschehen in seinen komplizierten Interdependenzen und in seinem Prozeßcharakter nachzuzeichnen, indem sie funktionale Bezüge zwischen Einzelaspekten und verschiedenen Entwicklungsphasen herstellt. Die Vielfalt der Einzelbefunde wird in Hinblick auf ihre Relevanz für die Störung beurteilt und durch Interpretation und Deutung zu einer Sinngestalt zusammengefügt.

Da hier neben der objektiven Information (biographische Daten) auch das subjektive Erleben und das Verhalten des Patienten einbezogen wird, ist ein individualspezifischer, ganzheitlicher Zugang zum Patienten möglich. Daneben werden auch die Nachteile der Methode evident; der Erkenntnisvorgang ist an den Wahrnehmungshorizont des einzelnen gebunden und damit subjektivistisch. Die intersubjektive Nachprüfbarkeit bleibt gering, d. h., Objektivität und Reliabilität werden hier klein geschrieben. Damit ist das Problem der partiellen Inkompatibilität von Reliabilität und Validität bzw. Objektivität und Relevanz angesprochen <57>. Die Komplexität unserer Themenstellung läßt eine Synthese beider For-

schungsstrategien sinnvoll erscheinen. Die Anwendung einer solchen Doppelstrategie berechtigt zu der Annahme, daß sich - wenigstens partiell - die Vorteile ergänzen und die Mängel ausgleichen lassen. Auch für Helmchen <57> sind "objektivierende Nomothetik und individualisierende Idiographie keine einander ausschließenden Alternativen, sondern ihre wechselseitige Ergänzung auf der Ebene der Beobachtungsverfahren ist insbesondere für die Untersuchung seelischer Krankheiten eine Notwendigkeit".

Prämisse 3, die die Pluralität der Untersuchungsverfahren beinhaltet, ergibt sich zwingend aus Prämisse 1 und 2.

Prämisse 4 ist ebenfalls Konsequenz der vorangehenden Forderungen. Ihr wird ein eigenes Kapitel gewidmet, das sich mit Problemen der Diagnosestellung und Klassifikation auseinandersetzt und einen Lösungsversuch erarbeitet.

### 3.2 Konkretisierung anhand der Untersuchungsinstrumente

Eine detaillierte Beschreibung der einzelnen Untersuchungsverfahren und ihrer Auswahlkriterien ist dem Kap. 2 des II. Teils 'Empirische Untersuchung' vorbehalten.

An dieser Stelle sollen die einzelnen Instrumente nur lapidar abgehandelt werden mit Bezugnahme auf die im vorangegangenen Kapitel erstellten Prämissen. Anhand welcher diagnostischer Verfahren lassen sich die zuvor erhobenen Forderungen konkretisieren?

Wie Prämisse 1 betont, soll neben dem somatischen Aspekt auch dem psychischen und sozialen Bereich Beachtung geschenkt werden. Der somatische Aspekt läßt sich abdecken durch Daten aus dem Krankenblatt, Informationen aus dem Interview, die sich auf Krankheitssymptomatik und -verlauf beziehen und Beschwerdeangaben im SCL-90-R, einer Symptom-Checkliste.

Psychische und soziale Korrelate des Krankheitsgeschehens lassen sich aus dem Interview, einem psychischen und sozialkommunikativen Befund (PSKB), der vom Untersucher erstellt wird, einem Persönlichkeitsfragebogen (Gießen-Test), dem SCL-90-R und dem Life-Event-Fragebogen ermitteln.

Prämisse 2, die Durchführung einer methodischen Doppel-Strategie durch Verflechtung der empirisch-analytischen/nomothetischen und der hermeneutischen sowie der idiographischen Forschungsstrategie, wird wie folgt realisiert:

1. Dem empirisch-analytischen/nomothetischen Ansatz wird Rechnung getragen durch Anwendung standardisierter test-psychologischer Verfahren, die eine operationalisierte Erfassung psychopathologischer Befunde ermöglichen. Darunter sind folgende Testinstrumente zu subsummieren: Der Gießen-Test (Persönlichkeitsfragebogen), der SCL-90-R (Beschwerdeliste), der Life-Event-Fragebogen.
2. Der kritisch-hermeneutische/idiographische Forschungsmodus, der individualisierend biographisch-lebensgeschichtliche Besonderheiten und komplexe psychodynamische Zusammenhänge berücksichtigt, wird repräsentiert durch eine halbstrukturiertes Interview, unter Einbeziehung des situativen Kontexts.

Verbindend zwischen beiden Methoden wirkt der PSKB (psychischer und sozialkommunikativer Befund), ein standardisiertes Verfahren, das auf einer sehr differenzierten Beurteilung des konkreten Falls auf Interview-Basis gründet. Biographische Aspekte, psychodynamische Auffälligkeiten, die der Deutung bedürfen, fallen jedoch durch die Maschen dieses Dokumentationssystems.

Mit diesem reichhaltigen diagnostischen Repertoire ist Prämisse 3 erfüllt und die Grundlage zu einer multiaxialen Patienten-Beurteilung gelegt.

Über die Realisierung von Prämisse 4 gibt Kapitel 5 Auskunft. Bevor wir jedoch zu der darin angesprochenen Klassifikationsfrage übergehen, soll noch in Rekurs auf Kapitel 2 der Krankheitsbegriff so transformiert und operationalisiert werden, daß er eine Fallidentifikation ermöglicht.

#### 4 Transformation des Krankheitsbegriffes zur Entscheidungshilfe bei der Fallidentifikation, Operationalisierung abstrakter Begriffe

"Eine sinnvolle epidemiologische Forschung sollte sich hinsichtlich der Dimension gesund-krank an reale klinische Bezugsgrößen anlehnen und nicht illusionär-abstrakte Gesundheitsdefinitionen als Maßstab wählen" (Schepank <104>). Die von uns in Kap. 2 erstellte Krankheitsdefinition bedarf daher einer Konkretisierung: es muß ein Praxisbezug hergestellt werden. Ich möchte die Definition in ihrem Wortlaut nochmals zitieren:

"Krankheit äußert sich als Befindenstörung (organisch, psychisch, sozial) und/oder pathologischer Befund (Normabweichung, gestörte Funktion), der mit (natur-)wissenschaftlichen oder hermeneutischen Methoden erhoben wurde."

Entsprechend unserer Themenstellung werde ich mich hier auf das Krankheitsspektrum beschränken, das als psychogen einzustufen ist oder zumindest eine deutlich psychogene Komponente aufweist (die mit ICD-Nr. 300-309 und 316 bezeichneten Erkrankungen). Wie lassen sich nun 'Fälle' in diesem Sinn, d. h. psychisch bzw. psychosomatisch kranke Individuen, identifizieren?

Wie bereits beschrieben, wurden dazu Fall-Identifikationsinstrumente nach einer doppelten Forschungsstrategie ausgewählt: testpsychologische Verfahren (Gießen-Test, SCL-90-R, Life-Event-Fragebogen), ein psychisch-sozialkommunikatives Dokumentationssystem, ein halbstandardisiertes Interview und Daten aus den Krankenakten.

Welche Entscheidungskriterien erlauben nun die Einstufung als 'Fall'?

Im wesentlichen lassen sich zwei Identifikations- bzw. Zuordnungsstrategien unterscheiden:

1. Der testpsychologischen Fallidentifikation sind durch genau festgelegte Auffälligkeitswerte bzw. -indices, Orientierung an Normwerten, Vergleichswerte und -profile für spezielle Krankheitsgruppen klare Kriterien gesetzt. Sie sollen für die einzelnen hier zur Anwendung kommenden Verfahren explizit aufgeführt werden:

1. Im Gießen-Test (Persönlichkeitsfragebogen) entscheidet eine signifikante Abweichung von den Normwerten über die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung. Dabei gibt die Interpretation des Itemmusters und der Faktorenwerte vor dem Hintergrund psychodynamischer Kenntnisse Aufschluß über die Art der Persönlichkeitsstörung. Die Kongruenz mit spezifischen psychopathologischen Vergleichsprofilen (z. B. Neurotikerprofile oder Profile psychovegetativ und psychosomatisch Kranker) erleichtert die entsprechende diagnostische Einordnung. Die soziale Dimension (Faktor 6) gilt als guter Parameter des 'klassischen Gesundheitsideals'.
2. Im SCL-90-R (Beschwerdefragebogen) sind die Krankheitskriterien noch einfacher abgesteckt. Auch bei dieser Selbstbeurteilungsskala existieren verschiedene Informationsstufen (Einzelitems, Symptombereiche und Globalmaße), deren integrierte Beurteilung ein aussagekräftiges Bild einer Erkrankung vermitteln kann. Es existiert für diesen Test eine operationale Falldefinition, die anhand verschiedener Populationen entwickelt wurde: Wenn ein Proband einen GSI (= global severity index)-Score größer oder gleich dem T-Score 63 hat, oder zwei beliebige Hauptdimensionen Scores größer oder gleich dem T-Score 63 sind, resultiert daraus die Einstufung als 'Fall'. Zusätzliche Beurteilung der Einzelskalen wie 'Somatisierung', 'Depressivität' etc. ermöglicht eine noch detailliertere Fallbeschreibung.

3. Der Life-Event-Fragebogen dient lediglich zur Beurteilung des Morbiditätsrisikos. Ein hoher LCU (= life change units)-Wert, der sich aus der Anzahl relevanter Lebensereignisse und deren Belastungsgrad errechnet,

soll - bei zeitlicher Koinzidenz mit dem Krankheitsausbruch - eine psychosoziale Induktion bzw. Mitgestaltung der Erkrankung wahrscheinlich machen; eine Fall-Identifikation läßt sich jedoch daraus noch nicht ableiten.

4. Der PSKB (psychischer und sozialkommunikativer Befund) ist ein psychodynamisch fundiertes Dokumentationssystem auf Interview-Basis, das vor allem Persönlichkeitsmerkmale und Befindlichkeiten auflistet, die in Ordnungskategorien zusammengefaßt sind. Aus den vom Untersucher kodierten Einzelmerkmalen läßt sich ein klinischer Auffälligkeitswert errechnen, der bei größer oder gleich 13 als hohes Auffälligkeitsmaß gewertet und damit das entsprechende Individuum als 'Fall' identifiziert wird. Die Betrachtung der Einzelitems und der Merkmalskategorien - die schwerpunktmäßig den Ich-Bereich und den zwischenmenschlichen Bereich erfassen - sowie eine Profilerstellung können dann noch exakteren Aufschluß über die Art des Falles geben. Weiterhin ermöglicht der PSKB in Zusatzfragen eine diagnostisch-interpretierende Stellungnahme zu Neurosenstruktur, Intelligenz, Psychose und primär organischen Erkrankungen. Bei der Differentialdiagnose psychoneurotisch/psychovegetativ/psychosomatisch können vor allem die Ordnungskategorien 'klinische Symptomatik' (nicht primär organisch) und 'Ich-Erleben, Ich-Gefühl, Ich-Aktivitäten' (Ich-Defekt?) eine Entscheidungshilfe geben.

2 Das halbstrukturierte Interview als diagnostisches Instrument verlangt nach anderen Kriterien der Fallidentifikation. Hier existieren keine einfachen Operationalisierungen. Der Erkenntnisprozeß ist hier an das kritisch-hermeneutische Verfahren gebunden. Sinn dieser Methode ist es, anhand des biographischen Hintergrunds und des Rückgriffs auf theoretische Konzepte die jeweilige Psychodynamik aufzuspüren, eine konfliktbedingte Krankheitsauslösung zu belegen, die Selbststruktur nachzuzeichnen und

Ich-Defekte (belastende Frühgenese) aufzuzeigen sowie die pathologischen Verarbeitungsmodi anhand von Symptomatik und Verhalten transparent zu machen. Gewinnt so eine psychische Störung an Evidenz, ist eine Fall-Identifikation gelungen. Anders gesagt: ein Patient läßt sich als Fall einordnen, wenn sich aufgrund des Interviews und des situativen Kontexts genügend Indizien für eine konfliktbedingte Krankheitsauslösung, eine neurotische Störung oder eine Ich-Pathologie finden lassen.

Für die genaue diagnostische Zuordnung der psychischen Störung können die bereits erwähnten strukturellen Spezifika der Störungsgruppen neurotisch/psychovegetativ/psychosomatisch hinzugezogen werden.

Ein wesentliches Hilfsinstrument bei Diagnosestellung bilden noch die Daten aus dem Krankenblatt, die den organischen Befund liefern und somit eine Trennung in Störungen mit und ohne Organläsion erlauben. Primär organische Störungen können so herausgefiltert werden.

Aufgrund der beschriebenen Fall-Einstufungs-Kriterien lassen sich Identifikations-Schemata für unsere drei nosologischen Hauptgruppen erstellen:

1. Als neurotisch werden Patienten deklariert,
  - a) bei denn im Interview ein neurotischer Konflikt und ein entsprechender Verarbeitungsmodus nachgewiesen wurde,
  - b) denen im PSKB eine Neurosenstruktur von mittlerem bis hohem Schweregrad zugeordnet werden konnte,
  - c) die im GT-S-Persönlichkeitsprofil eine Kongruenz mit den Neurotiker-Mittelwertsprofilen aufweisen,
  - d) bei denen im SCL-90-R die Fall-Kriterien (siehe oben) erfüllt sind, mit hohen Werten besonders in den Skalen 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, bei eher niedrigen Werten in Skala 1 (Somatisierung),

- e) bei denen im Life-Event-Fragebogen ein hoher LCU-Wert besteht und Lebensereignisse vorhanden sind, die als struktur- bzw. konfliktspezifische Auslöser in Frage kommen.

2. Die Diagnose 'psychovegetative Störung' kann gestellt werden, wenn Patienten

- a) körperliche Störungen ohne morphologisch nachweisbare Organläsion (Angaben im Krankenblatte) zeigen,
- b) im Interview einen pathologischen Konflikt und strukturelle Besonderheiten erkennen lassen (wie an anderer Stelle, S. 45, ausgeführt und in Abb. 5 veranschaulicht),
- c) im PSKB einen hohen Auffälligkeitswert erreichen und dabei vor allem das Item 'Körpersymptome' einen mittleren bis hohen Schweregrad aufweist,
- d) im SCL-90-R als 'Fall' eingestuft wurden, mit besonders hohem Wert in der Skala 'Somatisierung',
- e) im GT-S-Profil eine Kongruenz mit Vergleichsprofilen psychovegetativer Patienten zeigen,
- f) im Life-Event-Fragebogen ein hohes Morbiditätsrisiko aufweisen und konflikt- bzw. strukturspezifische Auslöser vorliegen.

3. Eine 'psychosomatische Erkrankung' kann diagnostiziert werden, wenn

- a) laut Krankenakte eine Organläsion vorliegt, die nicht primär organisch bedingt ist und an deren Genese zumindest eine erhebliche psychische Komponente beteiligt war (siehe Interview). Gemeint sind hiermit in erster Linie die klassischen psychosomatischen Erkrankungen (Essentielle Hypertonie, Asthma bronchiale, Ulcus duodeni, Colitis ulcerosa/Morbus Crohn, Adipositas, Anorexia nervosa/Bulimia nervosa, Neurodermitis),

- b) das Interview deutliche Indizien für eine konfliktbedingte Krankheitsauslösung und Ich-Pathologie mit entsprechenden Struktur-Spezifika erbringt,
- c) der PSKB einen hohen Auffälligkeitswert ergibt, das Item 'Körpersymptomatik' einen mittleren bis hohen Schweregrad aufweist und die Kategorie 'Ich-Erleben, Ich-Gefühl, Ich-Aktivitäten' einen pathologischen, d. h. einen hohen, Schweregrad zeigt, der auf einen Ich-Defekt schließen läßt,
- d) das GT-S-Persönlichkeitsprofil sich als kongruent erweist mit Vergleichsprofilen psychosomatischer Patienten,
- e) im SCL-90-R die 'Fall'-Kriterien erfüllt sind und die Skala Somatisierung einen hohen Wert aufweist,
- f) aufgrund des Life-Event-Fragebogens eine hohe Erkrankungswahrscheinlichkeit vorliegt, besonders bei biographischen Ereignissen, die als konflikt- bzw. strukturspezifische Auslöser zu werten sind.

Die endgültige Fall-Einstufung erfolgt nach Synopsis aller Untersuchungsverfahren. Die tatsächliche Bewertung als 'Fall' darf sich nicht nur auf ein auffälliges Test-Ergebnis stützen, sondern muß durch Interview-Daten untermauert werden und sollte möglichst auch Korrespondenz mit einem zweiten Testverfahren aufweisen. In unklaren Fällen muß auf das Item-Niveau rekuriert werden, das möglicherweise auch noch gewisse Aufschlüsse bringt. Im Zweifelsfall geben wir dem Interview Vorrang, d. h., auch bei unauffälligen testpsychologischen Ergebnissen würden wir - bei entsprechend deutlichen Indizien im Interview - den Patienten als 'Fall' einstufen.

## 5. Probleme der Klassifikation

Wir sehen uns einem Dilemma gegenüber zwischen Anwendung

1. des herkömmlichen kategorialen Nomenklatur- und Klassifikationssystems, an dem sich auch noch die ICD-Einteilung

orientiert, und die sich aus Gründen der Praktikabilität im Rahmen einer epidemiologischen Studie anbietet und

2. einer differenzierten mehrdimensionalen, qualitativ und quantitativ abgestuften Krankheitsbeschreibung.

In der Literatur haben dazu u. a. Rudolf <101>, Helmchen <57> und Mentzos <83> dezidiert Stellung genommen. Die traditionelle Diagnose beschreibt und klassifiziert ein abstraktes Konzept, nämlich die Krankheit und nicht den kranken Menschen. Besonders beim Klassifikationsversuch psychischer und psychosomatischer Störungen, denen gestörte Persönlichkeitsentwicklungen zugrunde liegen, treffen wir unter Bezugnahme auf die in der Medizin üblichen Kriterien auf unüberwindliche Schwierigkeiten. "Die große Vielfalt von Lebensschicksalen, Persönlichkeitsstrukturen und Symptombildungen sowie die hohen Freiheitsgrade der dabei wirksamen Faktoren erlauben keine Einordnung des konkreten Falles in eine 'Kategorie'. Trotzdem erscheint es sinnvoll und praktisch wichtig, idealtypische Konstellationen wenigstens versuchsweise zu bilden und Fälle mit ähnlicher Psychodynamik und ähnlichem Erscheinungsbild zusammenzufassen" <83>. Die Einordnung sämtlicher Symptome und Persönlichkeitsmerkmale eines Patienten in eine Krankheitskategorie kann nur unter Inkaufnahme einer erheblichen Vereinfachung geschehen. Dies hat praktische Konsequenzen: Aus einer solchen Diagnose lassen sich "vor allem, wenn es sich um emotionale Störungen handelt, keine Hinweise auf die Prognose gewinnen und keine spezifischen Behandlungsvorschriften ableiten" (Clyne, zitiert in <101>). Falls wir einen 'funktionalen' diagnostischen Ansatz favorisieren, d. h. einen Ansatz, der Praxisrelevanz zeigt, indem er indikativ und behandlungsgestaltend wirkt, müssen wir von der klassischen krankheitsorientierten Einwort-Diagnose abgehen und sie zur integrierten Diagnose (Mehrfach-Diagnose) erweitern.

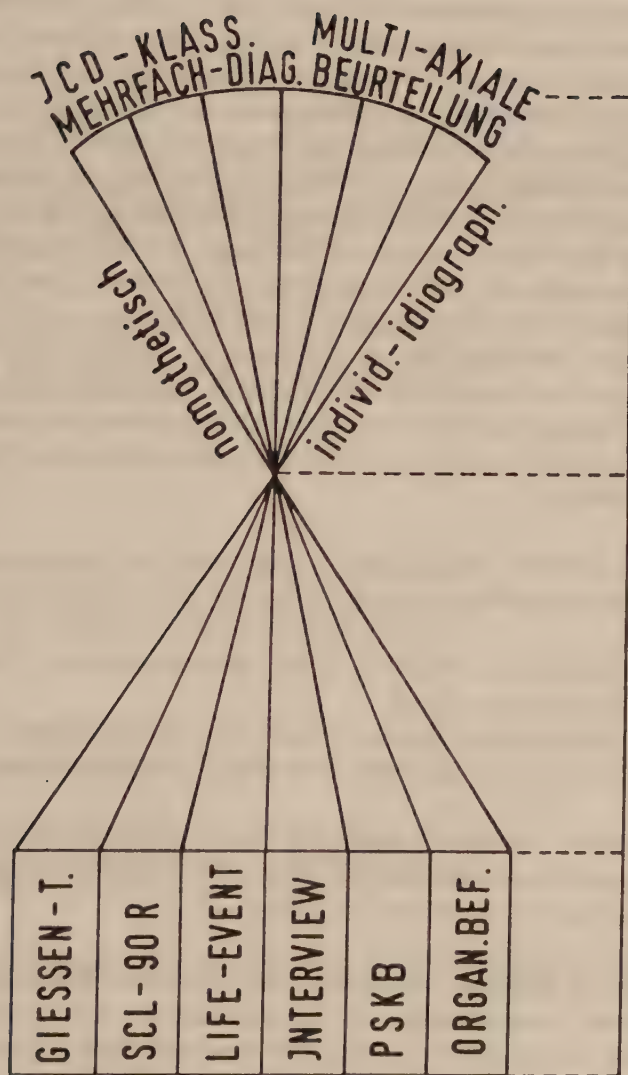
Wir dürfen aber auch nicht in das andere Extrem eines zu subtilen, individualisierenden deskriptiven Konzepts verfallen, das kaum eine Systematik und Vergleichbarkeit der Diagnosen zuläßt.

In dieser Diskussion - kategoriale eindimensionale versus deskriptive mehrdimensionale Klassifizierung - (eine grundsätzliche allgemeinverbindliche Lösung zeichnet sich noch nicht ab) habe ich für die vorliegende Arbeit den folgenden Weg beschritten, der Prämisse 4 erfüllt:

1. Für jeden 'Fall' soll ein Mehrfach-Diagnosen-Schema erstellt werden, das sich auf den ICD-Diagnosenschlüssel der WHO (der inzwischen in der 9. Revision, 1979, vorliegt) <24> stützt:

Bei Vorliegen verschiedener psychischer/psychosomatischer Symptome beim gleichen Patienten können so mehrere Diagnosen aus dem ICD-Bereich gestellt werden. Damit ist, unter Berücksichtigung kategorialer/nomothetischer Erfordernisse, eine mehrdimensionale Patientenbeschreibung möglich. Dieses System für Mehrfachkodierung wurde auch vom WHO-Seminar (Helmchen <57> diskutiert und befürwortet. Es bleiben dabei jedoch noch zahlreiche Schwierigkeiten offen, die zum Teil vom WHO-Experten-Gremium <57> angesprochen wurden, hier jedoch nicht im einzelnen erörtert werden sollen. Rudolf <101>, der sich mit demselben Problem befaßt hat, macht den Vorschlag, "diese Diagnosenvielfalt logisch oder hierarchisch etwa im Sinne von Haupt- und Nebendiagnosen zu ordnen" oder "den Patienten nicht durch Diagnosen, sondern durch Schweregradmarkierungen in verschiedenen Persönlichkeitsdimensionen zu beschreiben." Die zuletzt genannte Art der Kodierung ist in das von ihm entwickelte Dokumentationssystem, den PSKB, - den wir in unser Instrumentarium aufgenommen haben - eingegangen.

2. Angeregt durch Überlegungen des WHO-Seminars <57> - das die ICD-Konstruktion mit dem systematischen Wechsel zwischen typologischer und ätiologischer Ordnung bemängelt und einen möglichen Ausweg in einem multiaxialen System mit festgelegten Gewichtungen sieht - wurde von mir ein multiaxiales Beurteilungsschema (S. 64) erstellt, das durch seinen individualisierend-idiographischen Ansatz eine gute Ergänzung zur nomothetischen ICD-Klassifikation bildet.



UNTERSUCHUNG INFORMATIONSANALYSE INTERPRET. U. KLASSIF.

Abb. 7

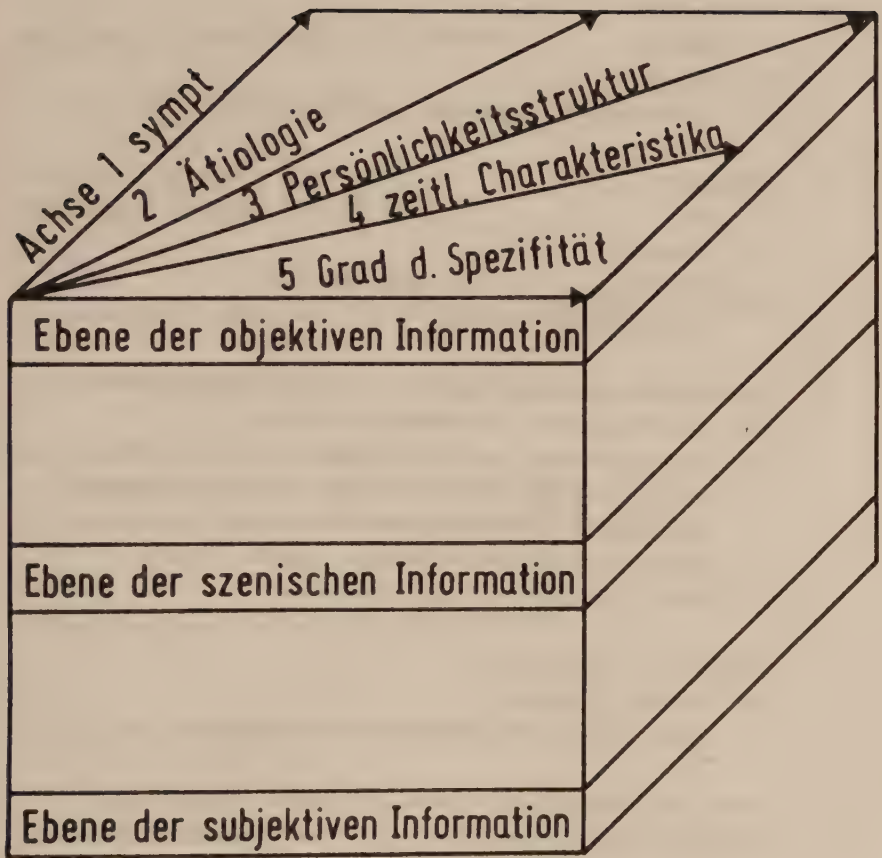
Die drei Hauptstrukturierungsaspekte stammen von Wesiack (in v. Uexküll <116> ): I Ebene der objektiven Information, II Ebene der subjektiven Information, III Ebene der szenischen Information. Die Ebene der objektiven Information fächert sich in fünf Achsen auf, von denen vier der Empfehlung des 6. Seminars über Standardisierung psychiatrischer Diagnostik, Klassifikation und Statistik von neurotischen und psychosomatischen Störungen entsprechen. Als fünfte Achse wurde der 'Grad der Spezifität' hinzugenommen, der die spezifische Affinität zwischen Art des Konflikts, Persönlichkeitsstruktur (einschließlich Ich-Struktur) und dem Modus der Konfliktverarbeitung beschreibt. Die drei Beschreibungsdimensionen - Art des Konflikts, Ich-Struktur, Verarbeitungsmodus - wurden von Mentzos <83> übernommen. Achse 5 ist eigentlich eine interpretatorische Resultante, die sich aus der Synopsis der anderen vier Achsen ergibt. Unter Spezifität wird hier vor allem die individuelle Spezifität verstanden; es sollen aber auch Verbindungen zu überindividuellen Spezifitäten hergestellt werden.

In die einzelnen Achsen gehen Informationen der verschiedenen Untersuchungsmethoden mit unterschiedlicher Gewichtung ein:

1. Symptomatik (SCL-90-R, PSKB, Krankengeschichte, Interview)
2. Ätiologie (Interview)
3. Persönlichkeitsstruktur (Gießen-Test, Interview/PSKB)
4. Zeitliche Charakteristika (Interview, Life-Event-Fragebogen)

Mit diesem Beurteilungssystem läßt sich der konkrete Fall einigermaßen adäquat erfassen und wird nicht in eine der traditionellen globalen nosologischen Kategorien gepreßt.

Ich werde in meiner Auswertung diese detaillierte Beurteilung nur in einem exemplarischen Fall vornehmen und mich zur Klassifikation sämtlicher Fälle auf das ICD-Mehrfachdiagnosenschema beschränken.



Dreidimensionales multiaxiales Beurteilungsschema

Abb. 8

## Multiaxiales Beurteilungsschema

### I Beurteilung auf der Ebene objektiver Information

1. Symptomatik
  - a) Qualität
  - b) Quantität
  - c) Syndromatische Zuordnung von Symptomen
2. Ätiologie
  - a) Art
  - b) Intensität
  - c) Verbindung von sozialen Ereignisse und ihrer jeweiligen Relevanz
3. Persönlichkeitsstruktur einschl. Ich- bzw. Selbst-Struktur
  - a) Charakteristische Persönlichkeitsmerkmale
  - b) Verhaltensweisen und Einstellungen (Arbeitsverhalten, Freizeitverhalten, Kontaktverhalten, Adaptionsverhalten, Selbstkonzept, Einstellung zur Krankheit)
  - c) Zwischenmenschliche Beziehungen (Familie, Partner, Kinder, Freunde, Kollegen, Bekannte)
4. Zeitliche Charakteristika
  - a) Zeitliche Zuordnung
  - b) Dauer in der Lebensgeschichte des Patienten
5. Grad der Spezifität (Spezifische Affinitäten zwischen Art des Konflikts, psychischer Struktur und Verarbeitungsmodus)

### II Beurteilung auf der Ebene der subjektiven Information bzw. Bedeutung

### III Beurteilung auf der Ebene der szenischen Information (Interaktionsstil, digitales und analoges Kommunikationsverhalten ...)

Mehrfach-Diagnosen-Schema (ICD-Diagnosen)

**I Psychische Symptomatik**

Neurose: ICD 300.0 - 300.9

Psychogene Reaktion: ICD 308 und 309

**II Körperliche Symptomatik wahrscheinlich psychischen Ursprungs**

ohne Gewebsläsion: ICD 306

mit Gewebsläsion (Doppelcode!)

a) organokategorisch: ICD für jeweilige Symptome

b) psychogene Mitverursachung der Symptomatik: ICD 316

**III Art der Persönlichkeitsstruktur: ICD 301.0 - 301.9**

**IV Art der Verhaltensabweichung: ICD 302.0 - 302.9**

## Empirische Untersuchung

- 1 Planung und Untersuchungsdesign
- 2 Untersuchungsverfahren
  - 2.1 Auswahlkriterien
  - 2.2 Beschreibung der einzelnen Untersuchungsinstrumente
    - 2.2.1 Der Gießen-Test
    - 2.2.2 SCL-90-R (Hopkins Symptom Check List 90-Items-Revised)
    - 2.2.3 Life-Event-Fragebogen von Holmes und Rahe
    - 2.2.4 Interview zur Erfassung psychischer und psychosomatischer Störungen (IPPSS)
    - 2.2.5 Psychischer und sozialkommunikativer Befund (PSKB)
- 3 Ergebnisse, Datenanalyse und -interpretation
  - 3.1 Vorbemerkungen
  - 3.2 Beschreibung der Stichprobe nach Sozialdaten
    - 3.2.1 Variable Geschlecht
    - 3.2.2 Variable Alter
    - 3.2.3 Variable Schulbildung
    - 3.2.4 Variable Sozialschicht
  - 3.3 Ergebnisse auf der empirisch-analytischen Ebene
    - 3.3.1 Psychometrische Unterschiede in Korrelation mit den Sozialdaten
      - 3.3.1.1 Variable Geschlecht
      - 3.3.1.2 Variable Alter
      - 3.3.1.3 Variable Schulbildung
      - 3.3.1.4 Variable Sozialschicht
    - 3.3.2 Profildarstellung und Interpretation der Gesamtgruppe
      - 3.3.2.1 Gießen-Test
      - 3.3.2.2 SCL-90-R
      - 3.3.2.3 PSKB

- 3.3.3 Psychometrische 'Fall'-Identifikation
  - 3.3.3.1 Die globale Fallrate im Gießen-Test
  - 3.3.3.2 Die globale Fallrate im SCL-90-R
  - 3.3.3.3 Die globale Fallrate im PSKB
- 3.3.4 Versuch einer psychometrischen 'Fall'-Differenzierung
  - 3.3.4.1 Fall-Differenzierung mit dem Gießen-Test
  - 3.3.4.2 Fall-Differenzierung mit dem SCL-90-R
  - 3.3.4.3 Fall-Differenzierung mit dem PSKB
- 3.4 Ergebnisse auf der kritisch-hermeneutischen Ebene
  - Fall-Identifikation mit dem Interview
- 3.5 Synopsis von Interview und psychometrischen Verfahren
- 3.6 Klassifikation der 'Fälle' nach dem Mehrfachdiagnosenschema
- 3.7 Multiaxiale Beurteilung - Ein exemplarischer Fall

Diskussion

Zusammenfassung

Anhang

## Empirische Untersuchung

### 1 Planung und Untersuchungsdesign

#### Probandenanzahl

Vorgesehen war die Erhebung einer repräsentativen Zufallsstichprobe aus der Grundgesamtheit stationärer Patienten. Nach statistischen Überlegungen wurde eine Patientenanzahl von mindestens 140 angepeilt. Die endgültige Probandenzahl lag bei 148.

#### Probandenauswahl

Berücksichtigung fanden Patienten sämtlicher Stationen der Medizinischen Klinik Innenstadt der Universität München, einschließlich Privat-, Überwachungs-, Intensiv-, Dialyse-Station und der zum Hause gehörigen neurologischen Abteilung (Friedrich Baur-Institut).

Vom Patientengut ausgeschlossen wurden:

- a) Ausländer, um fremde kulturelle Einflüsse mit anderen Wertnormen und anderen sozioökonomischen Bedingungen auszuschalten,
- b) Schwerstkranke, denen eine aufwendige Untersuchung nicht zugemutet werden konnte,
- c) Patienten mit starker Einschränkung des Intellekts, die den Test-Anforderungen nicht gewachsen waren,
- d) Patienten unter 16 und über 75 Jahren wegen fehlender Standardisierungen für diese Altersgruppen im Gießen-Test.

Um eine Gleichverteilung über die Wochentage zu gewährleisten, wurde die Aufnahmehäufigkeit pro Tag berücksichtigt. Daraus resultierte unter Vorgabe der Patientenzahl von 148 und eines Durchführungszeitraums von vier Monaten folgendes Verteilungsmuster:

|                          |             |
|--------------------------|-------------|
| Montag bis Donnerstag    | 2 Patienten |
| Freitag                  | 1 Patient   |
| Samstag und Sonntag zus. | 1 Patient   |

### Zufallsverfahren

Die Probandenauswahl erfolgte innerhalb der Gesamtpopulation von Neuaufnahmen, die dem Aufnahmeregister entnommen wurden.

Zur Gewinnung einer Zufallsstichprobe diente die Zufallszahlen-Tabelle von Ciba-Geigy. Der Startpunkt wurde blind gewählt. Im Zufalls-Tabellarium wurde die mit der aufgenommenen Patientenanzahl korrespondierende Menge an zweistelligen Ziffern abgezählt. Das größte Zahlenpaar (Freitag, Samstag und Sonntag) bzw. die beiden größten Zahlenpaare (Montag bis Donnerstag) wurden ausgesucht. Die jeweilige Tabellenposition entsprach dann dem Rangplatz in der Aufnahmeliste.

### Beispiel:

Aufnahmeliste  
(registrierte Pat. am Tag z)

Zufallszahlen-Tabelle  
(Zahlenposition)

|       |        |       |    |
|-------|--------|-------|----|
| $x_1$ | -----> | $y_1$ | 72 |
| $x_2$ | -----> | $y_2$ | 04 |
| $x_3$ | -----> | $y_3$ | 48 |
| $x_4$ | -----> | $y_4$ | 16 |
| $x_5$ | -----> | $y_5$ | 29 |

Wurden per Zufall 2 bis 3 identisch hohe Zahlen im abgezählten Bereich vorgefunden, entschied der Würfel über die Präferenz. Die Position, die der Würfelzahl am nächsten lag, wurde ausgewählt:

Beispiel:



|       |        |       |    |
|-------|--------|-------|----|
| $x_1$ | -----> | $y_1$ | 89 |
| $x_2$ | -----> | $y_2$ | 12 |
| $x_3$ | -----> | $y_3$ | 38 |
| $x_4$ | -----> | $y_4$ | 76 |
| $x_5$ | -----> | $y_5$ | 89 |

Bei Ausfall von Patienten (Teilnahmeverweigerung, vorzeitige Entlassung oder Tod und Patienten, die unter oben genannte Auswahlkriterien fielen) wurde das Auswahlverfahren mit entsprechend reduzierter Patientenzahl wiederholt.

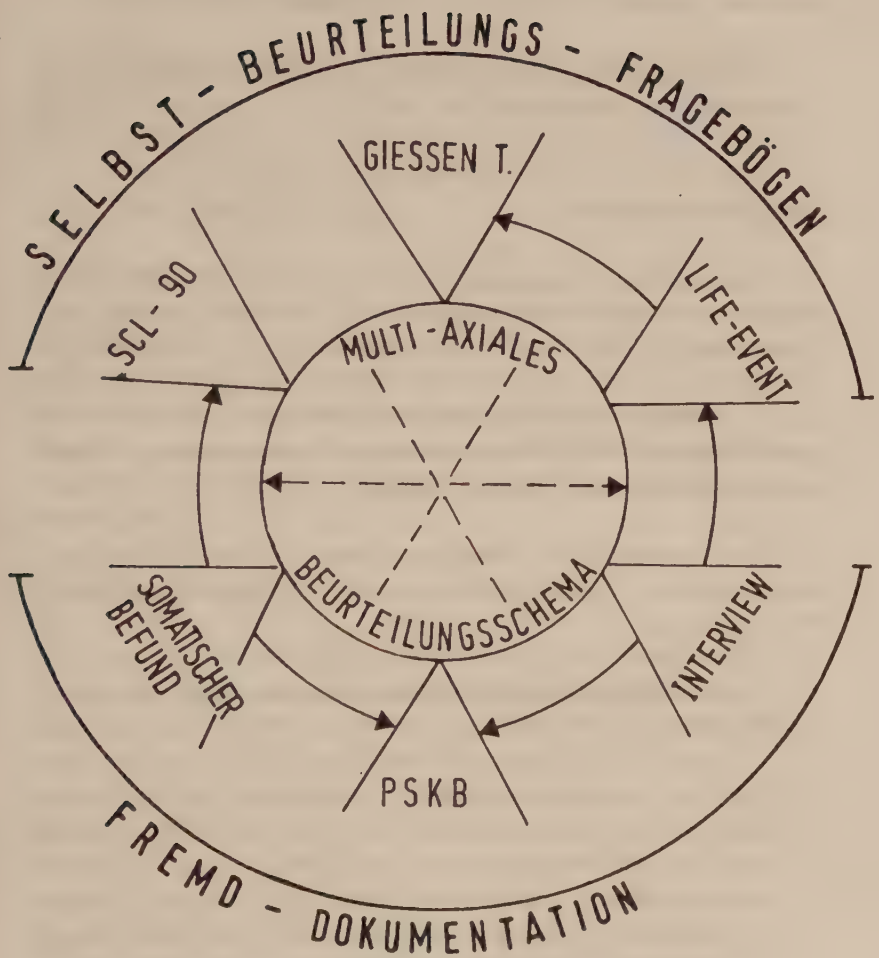
## 2 Untersuchungsverfahren

### 2.1 Auswahlkriterien

Intendiert war die Verknüpfung mehrerer Verfahren, um eine verläßliche und umfassende Diagnostik zu erreichen. Ihre Synopsis sollte eine multiaxiale Patientenbeurteilung ermöglichen.

Bezüglich der Eignung wurden folgende Bedingungen gestellt:  
Als *Conditio sine qua non* galt die Repräsentativität für die diagnostisch relevanten Dimensionen (Persönlichkeit, Beschwerdesymptomatik, situativer Kontext bzw. psychische, somatische und soziale Korrelate des Krankheitsgeschehens). Die Methoden sollten wissenschaftlichen Standards genügen und sich in der bisherigen Forschungspraxis bewährt haben. Zusatzforderungen waren:

Praktikabilität, Ökonomie, Komplementarität und Komplexität entsprechend der Vielschichtigkeit der zu erfassenden Phänomene.



Modellkreis für eine Multidimensionale Diagnostik

Abb. 9

Aus dem Bemühen, die oben genannten Prämissen zu erfüllen, resultierte die folgende Kombination von Erhebungsinstrumenten:

1. Der Gießen-Test (GT) mit Betonung des persönlichkeitspsychologischen Aspekts,
2. eine Symptom-Check-Liste (SCL-90) zur Erfassung der Beschwerdesymptomatik,
3. der Life-Event-Fragebogen nach Holmes und Rahe, der lebensverändernde Ereignisse mit möglicherweise pathogener Wirkung berücksichtigt,
4. ein halbstrukturiertes ausführliches Interview mit tiefenpsychologischer Orientierung zur Erhellung neurotischer Störungen und psychosomatischer Zusammenhänge,
5. der 'Psychische und Sozialkommunikative Befund' (PSKB) zur standardisierten Dokumentation psychischer und sozialkommunikativer Merkmale,
6. Informationsgewinnung über den somatischen Befund aus den Krankenakten.

## 2.2 Beschreibung der einzelnen Erhebungsinstrumente

"Die Anwendung des Tests rechtfertigt sich dadurch, daß dieser als Hilfe begriffen wird, zusätzlich zu einem gewöhnlichen Gespräch Erkenntnisse zu vermitteln, die jenes nicht oder noch nicht erbringen kann. Der Test ist somit nur eine Art Fortsetzung des Gespräches mit anderen Mitteln" (Beckmann und Richter <14>).

### 2.2.1 Der Gießen-Test (GT)

#### Formale Konzeption

Der Gießen-Test ist ein standardisierter Persönlichkeits-Fragebogen aus der Psychosomatischen Klinik Gießen, der aus 40 Items besteht. Die Items sind bipolar angelegt und in sieben Abstufungen zu beantworten. 36 der 40 Items sind auf faktorenanalytischem Weg zu sechs verschiedenen Skalen mit je sechs Items zusammengefaßt.

#### Inhaltliche Konzeption

Der Gießen-Test ist nach psychoanalytischen Gesichtspunkten konstruiert. Die Items repräsentieren Einstellungen, die für die Binnenstruktur und die psychodynamisch bedeutsamen Persönlichkeitskategorien aufschlußreich sind. Die sechs Skalen stellen psychodynamisch bedeutsame Persönlichkeitskategorien dar (soziale Resonanz, Dominanz, Kontrolle, Grundstimmung, Durchlässigkeit und soziale Potenz). So entsteht der Entwurf eines Selbstbildes, das komplexe Grundbefindlichkeiten, Ich-Qualitäten und Umweltbeziehungen widerspiegelt. Der Test legt primär keinen Wert darauf, den Probanden darzustellen, wie er 'an sich' ist, sondern er bezieht Ich-Ideal, Über-Ich-Einflüsse und psychosoziale Tendenzen oder Abwehrmechanismen mit ein.

Auch stereotype Antwortmuster (Extrem- oder Mittel-Ankreuzungen) können diagnostisch nutzbar gemacht werden.

## Eignungskriterien

Mit dem Gießen-Test liegen gute Vorerfahrungen bei der Untersuchung neurotischer und psychosomatischer Erkrankungen vor. Er ermöglicht es, intra- und interpsychische Vorgänge (Anteile des Selbstkonzeptes, Faktoren der Personenwahrnehmung und Interaktionsformen) in einen Zusammenhang zu bringen. Er erlaubt die Erstellung von Individual- und Gruppenprofilen. Speziell eignet er sich auch zur Anfertigung von Profiltypen bei Neurotikern, zur Testung psychosomatischer Hypothesen mit Hilfe einer Gruppenanalyse (z. B. Überprüfung der hypothetischen Annahme einer Ulcus-Herzneurose- oder Asthmapersönlichkeit) sowie zum Intergruppenvergleich neurotischer, psychosomatischer und somatischer Patienten.

Es ist ein standardisiertes Verfahren, konstruiert als ein objektiv auswertbares, praktisches Instrument mit mittlerer Reliabilität und guter Validität.

Der Zeitaufwand pro Proband (10 bis 15 Minuten) ist gering. Die im Gießen-Test erfaßten Items lassen jedoch Merkmale des körperlichen Befindens außer Betracht.

Für unsere klinisch-psychologische Diagnostik ist daher die Ergänzung durch einen Beschwerde-Fragebogen erforderlich.

Wir favorisierten die 'Symptom-Check-Liste' von Derogatis, die nachfolgend skizziert wird.

### 2.2.2 SCL-90-R (Hopkins Symptom Check List-90-Items-Revised)

#### Formale Konzeption

Die SCL-90-R ist eine Selbstbeurteilungsskala von L. R. Derogatis, und zwar die revidierte Fassung der Hopkins Symptom-Checkliste mit ursprünglich 58 Items. Sie umfaßt einen Katalog von 90 Items mit fünfstelliger Skalierung. Die Skalenpunkte sind definiert als:

- 0 = überhaupt nicht,
- 1 = ein wenig,
- 2 = ziemlich,
- 3 = stark,
- 4 = sehr stark.

Die Items beschreiben belastende Symptome, die sich zu neun Symptomkomplexen zusammenfassen lassen. Sieben Items bleiben ohne faktorielle Zuordnung. Für jeden Symptombefund wird ein Durchschnittswert gebildet, der sich in einem individuellen Symptomprofil darstellen läßt.

Daneben ist die Bildung von drei verschiedenen Gesamtindizes vorgesehen:

- GSI = Global Severity Index,
- PSDI = Positive Symptom Distress Index,
- PST = Positive Symptom Total.

#### Inhaltliche Konzeption

Die Symptom-Checkliste von Derogatis ist ein Maß für einen aktuellen psychologischen Symptom-Status. Sie ist keine Persönlichkeitsmessung, höchstens indirekt, indem gewisse Persönlichkeitstypen und -störungen vielleicht charakteristische Profile in den Symptom-Dimensionen zeigen. Die SCL-90-R ist so angelegt, daß sie das Symptommuster eines breiten Spektrums von Individuen reflektiert, mit einer Spannweite von sog. 'Normalen' über organisch Kranke unterschiedlicher Art bis zu psychiatrischen Störungen. Erfasst werden somatische Beschwerden, wie sie bei funktionellen Störungen vorherrschen und Gefühlsqualitäten, Gedanken, Einstellungen, Verhaltensweisen, die eine psychische Störung signalisieren. Der SCL liegen neun Symptombefunde bzw. -dimensionen zugrunde:

- I Somatisierung (SOM)
- II Zwanghaftigkeit (O-C)
- III Unsicherheit im Sozialkontakt (IS)
- IV Depressivität (DEP)
- V Ängstlichkeit (ANX)
- VI Aggressivität und Feindseligkeit (HOS)
- VII Phobische Angst (PHOB)
- VIII Paranoides Denken (PAR)
- IX Psychotizismus (PSY)

Diese Faktoren wurden nach klinisch-rationalen und empirisch-analytischen Gesichtspunkten entwickelt. Symptom-Konstrukte, die klinisch bedeutsam schienen, wurden als hypothetische Konstrukte postuliert, und die Hauptqualitäten jeder Dimension wurden empirisch verifiziert.

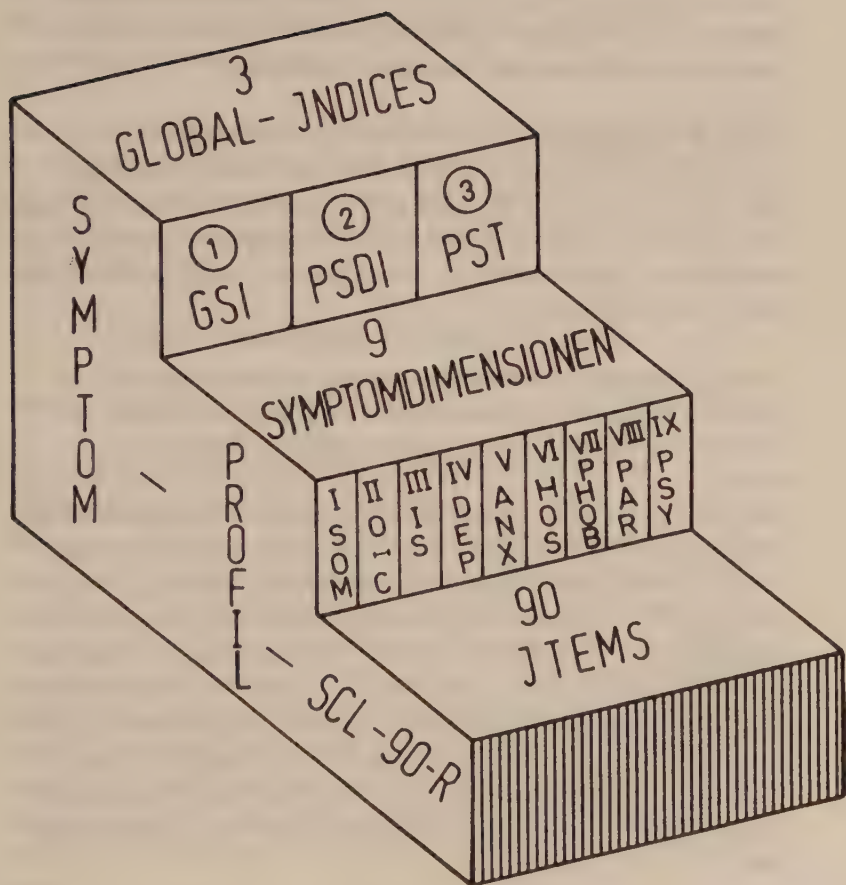
#### Eignungskriterien

Die Symptom-Checkliste hat sich als ein sensitives Instrument erwiesen, das in einem breiten Spektrum klinischer und medizinischer Kontexte anwendbar ist. Die Skala wurde an 'Normalpersonen', organisch und psychisch Kranken erprobt.

Den zeitlichen Bezugsrahmen der Beurteilung bilden die letzten sieben Tage. (Der Zeitraum kann jedoch auch flexibel gewählt werden.) Damit ist die Erfassung des aktuellen Krankheitszustandes i. S. eines Status praesens möglich.

Die SCL gibt eine sachdienliche Kurzinformation über den unmittelbaren Symptom-Status eines Individuums und eignet sich daher auch gut als epidemiologisches Screening-Verfahren für psychische Störungen und psychosomatische Dispositionen.

Einer der großen Vorteile dieses Meßinstruments liegt darin, daß es trotz der schnellen Durchführbarkeit (ca. 15 Minuten) ein multidimensionales Symptomprofil erstellt.



Dreistufiger Mehrdimensionaler Entwurf  
der SCL-90-R

Abb. 10

Die SCL-90-R wurde so konstruiert, daß sie auf drei verschiedenen Informationsstufen interpretiert werden kann: auf der globalen Stufe (drei Globalmaße), der dimensionalen Stufe (neun Symptomfaktoren) und der Stufe des isolierten Symptoms (90 Items). Aus diesen Quellen lassen sich verschiedene, aber aufeinander bezogene Informationen ableiten, die integriert ein aussagekräftiges Bild der Störung des Probanden vermitteln.

Unter den Globalmaßen ist der GSI der sensitivste Indikator für die psychische Störung. Der PSDI stellt ein reines 'Intensitäts'-Maß dar, das auch eine Aussage über Aggravations- oder Dissimulationstendenzen zuläßt. Der PST gibt die Anzahl der 'Positiv'-Antworten an und vermittelt so einen Eindruck über die 'Symptombreite' einer Störung.

Score-Profilformen erlauben eine graphische Darstellung von isolierten Symptomwerten, dimensionalen und globalen Scores. Zur Fallidentifikation wurde eine operationale Falldefinition entwickelt.

Aufgrund seines multidimensionalen und mehrstufigen Entwurfs ermöglicht die SCL-90-R auch die Erstellung von Syndrom-Profilen (z. B. Syndrom allgemeiner Angst, Anorexie-Syndrom), die eine Grundlage für quantitative Typologien bilden. Das Klassifikationssystem von SCL-Profilmustern ist erfahrungsgemäß häufig mit bestimmten DSM III Axis I Diagnosen assoziiert, die unseren ICD-Diagnosen entsprechen. Dies kommt unserer Intention einer ICD-Klassifizierung sehr entgegen. (Leider sind im Manual II von Derogatis nur einige sehr häufig beobachtete Profile wiedergegeben. Eine Erweiterung dieser Profilmuster ist vom Autor angekündigt).

Die Symptom-Checkliste kann auch gute psychometrische Qualitäten vorweisen; Die Reliabilität ist recht befriedigend (in einer nicht näher beschriebenen Stichprobe (N = 565) liegen die inneren Konsistenzen der neun Faktoren zwischen .80 und .90). Es besteht

ein hoher Grad an Inhalts- und Konstruktvalidität (die nach faktorenanalytischen Gesichtspunkten konzipierten Dimensionen konnten bei 1002 ambulanten psychiatrischen Patienten mit Ausnahme von 'Psychotizismus' sehr gut bestätigt werden.)

Die faktorielle Invarianz zeigt ausgezeichnete Level für alle neun Symptom-Dimensionen.

Um der Mehrdimensionalität unseres diagnostischen Modells gerecht zu werden, zogen wir als drittes Selbstbeurteilungsverfahren den Life-Event-Fragebogen von Holmes und Rahe <60>, <116> hinzu, der den Einfluß psychosozialer Faktoren auf das Krankheitsgeschehen in Rechnung stellt.

### 2.2.3 Life-Event-Fragebogen von Holmes und Rahe

#### Formale Konzeption

Das hier angewandte Life-Event (LE)-Inventar entspricht dem kumulativen Additionsmodell von Holmes/Rahe <60>, <116>. Die Autoren entwickelten einen Fragebogen mit 43 Lebensereignissen, die gemäß klinischer Erfahrung (eingeschätzt anhand des 'Social Readjustment Rating Questionnaire' (SRRQ) besondere Relevanz im Hinblick auf individuelle Anpassungsleistungen haben. - Je nach Belastungsgrad wurden den einzelnen LE's quantitativ abgestufte Zahlenwerte zugeordnet, mit der Bezeichnung LCU (life change units). Der Maßstab wurde am Grad der affektiven Belastung angelegt. Bei der Skalierung wurde das Ereignis Heirat als Bezugspunkt gewählt und mit einem willkürlichen Zahlenwert versehen. Die anderen Ereignisse wurden dazu quantitativ in Relation gesetzt.

Durch additives Vorgehen wird innerhalb eines definierten Zeitraums (6 bis 12 Monate) ein Globalwert der LCU ermittelt, der als Indikator der Anpassungsleistung gilt. Hier wurde ein Zeitintervall von 12 Monaten gewählt, aus der Erfahrung, daß Gesundheits

veränderungen durchschnittlich im Jahr nach der Lebenskrise auftreten <116>. Ein Mittelwert, der Gesundheit mißt, beträgt in einem 6-Monatsintervall 80 LCU, in einem 12-Monatsintervall 160 LCU.

Bezogen auf einen bestimmten Zeitraum, existieren festgelegte Durchschnittswerte (Punktwerte, LCU-Intervalle), die jeweils mit einem geringen, mittleren oder hohen Morbiditätsrisiko korrespondieren.

### Inhaltliche Konzeption

Der Life-Event-Fragebogen von Holmes und Rahe geht anders als die zuvor genannten Instrumente vom Streßkonzept aus; die zugrunde liegende Forschungsmethodik orientiert sich an den wissenschaftlichen Standards der modernen Sozialpsychologie.

Die Integration dieses Ansatzes in unsere Methodik entsprang dem Interesse an der pathogenen Wirkung (umschriebener äußerer) psychosozialer Lebensereignisse auf die Entwicklung und den Ausbruch von Krankheiten.

Die 43 ausgewählten Lebensereignisse entsprechen inhaltlich sozialen Belastungssituationen, die sich auf folgende Bereiche beziehen; wirtschaftliche Verhältnisse, Beschäftigung, Ausbildung, Wohnen, Heirat, Familien- und Gruppenbeziehungen, Religion, Freiheit, Erholung und Gesundheit.

Bei der Zuordnung von life change units zu den LE's wurde die affektive Belastung im Rahmen der Anpassungssituation als solche berücksichtigt, unabhängig von der Gefühlsqualität. (Die Skalierungsmethode für die LE-Items wurde von affektphysiologischen Untersuchungen abgeleitet.)

### Eignungskriterien

Voran die Schwachstellen dieses Meßinstruments, die besonders in der neueren Literatur angeprangert werden <116>, <61>, <105> und die hier nicht verschwiegen werden sollen:

1. Die große interindividuelle Variabilität der Bewertung von Lebenssituationen wird bei fixierten Zahlenwerten nicht berücksichtigt. Die Unterscheidung von guten und schlechten 'Anpassern', von 'reizbedürftigen' gegenüber 'reizmeidenden' Menschen, wird durch die Durchschnittswerte ignoriert. Die individuelle Vulnerabilität wird nicht einbezogen, ineffiziente Bewältigungsstrategien werden nicht berücksichtigt.
2. Die Persönlichkeitsabhängigkeit vieler LE's wird nicht beachtet. Nach klinischer Erfahrung konstellieren gerade Neurotiker viele Belastungssituationen selbst, so daß diese LE's nicht als unabhängige äußere Schicksalsschläge zu verstehen sind, sondern als direkte/indirekte Frage einer individuellen Psychopathologie (Scheinkorrelation).
3. Es bestehen Probleme der genauen Datierung des Krankheitsausbruchs und damit Schwierigkeiten einer präzisen zeitlichen Zuordnung von Lebensereignis und Krankheitsbeginn.
4. Ereigniskombinationen sowie die zeitliche Aufeinanderfolge der Ereignisse werden weitgehend ignoriert.
5. Die Vernachlässigung weiter zurückliegender relevanter LE's bei chronischen Erkrankungen führt zum Nichterfassen möglicher ätiopathogenetischer Zusammenhänge.
6. Bei standardisiertem, kontrolliertem Abfragen von Ereignissen werden oft infolge unbewußter Abwehr- oder Verleugnungshaltungen entscheidende LE's nicht erfaßt.
7. Fokussiert werden makroskopisch wichtige Ereignisse, während mikroskopisch bedeutsame Geschehnisse diesem Verfahren entgehen.
8. Es findet eine Beziehungsknüpfung zwischen Belastungsfaktoren und Krankheit statt, ohne zu berücksichtigen, wie diese Zusammenhänge zustandekommen (intervenierende Variablen). Es wäre zu fordern, daß diese pathogenetische Kette verdeutlicht wird.

Trotz dieser methodenimmanenten Nachteile entschloß ich mich, mit folgender Argumentation, den LE-Fragebogen in die vorliegende Testbatterie zu integrieren: Der Life-Event-Fragebogen ist ein zeitlich und auswertungstechnisch wenig aufwendiges Erhebungsinstrument, das wenigstens eine grobe Orientierung bezüglich psychosozialer Belastungen und deren möglichen Assoziationen zur Krankheitsmanifestation erlaubt.

Durch den Einbau in ein umfassendes Test-Instrumentarium gewinnt das LE-Inventar an Aussagekraft. Durch Einbeziehung von Zusatzmethoden, insbesondere durch das Interview, relativieren sich die unter Punkt 1 bis 8 subsummierten Kritikpunkte. Kritikpunkt 1 läßt sich z. B. durch Berücksichtigung von Bewältigungsstrategien (Ich-Funktionen im PSKB), von Ich-Qualitäten (Gießen-Test) sowie detaillierter Informationen aus dem diagnostischen Gespräch eliminieren.

"Das allem Lebendigen ... Verfassung gebende, das ... (es) konstituierende Prinzip, heißt 'Informationsfluß', heißt 'Gespräch'. (Schriefers <106>).

#### 2.2.4 Interview zur Erfassung psychischer und psychosomatischer Störungen (IPPSS)

##### Formale Konzeption

Das hier eingesetzte Interview zur Erfassung psychischer und psychosomatische Störungen wurde von mir speziell für die vorliegende Untersuchung zusammengestellt. Es ist das Resultat der Überarbeitung und Strukturierung eines Interviews nach der Anamnese-Technik von Engel (Adler R: Anamneseerhebung in der psychosomatischen Medizin in <116>). Es handelt sich um ein halbstrukturiertes Interview, das ein Integral aus dem Prinzip der typischen inter-nistischen Anamnese mit 'geschlossenen' Fragen und dem Prinzip der psychoanalytischen Anamnese mit 'offenen' Fragen darstellt.

##### Inhaltliche Konzeption

Das vorliegende Interview baut sich aus den folgenden Themenbereichen auf: Beschwerdesymptomatik und Erkrankungssituation, persönliche Entwicklung mit Berücksichtigung der einzelnen lebensgeschichtlichen Phasen, aktuelle soziale Lebensumstände, Verhaltensweisen und Einstellungen. Damit ist eine Integration somatischer, psychischer und sozialer Daten gegeben.

##### Eignungskriterien

Das diagnostische Gespräch bildet die wichtigste Untersuchungsmethode zum Erkennen neurotischer Störungen und psychosomatischer Zusammenhänge. "Viele Probleme menschlicher Beziehungen, welche die meisten Patienten bedrängen, (werden) nicht auf Abfragen mitgeteilt ..., sondern (kommen) erst nach intensiverem Miteinander-Vertraut-Werden zur Sprache ... Hier liegt auch die Leistungsgrenze von Tests, Fragebögen und vollstrukturierten Erhebungssystemen" <101>.

Entscheidend ist dabei die Erweiterung der klassischen Anamnese um die tiefenpsychologische Dimension. "Weil das Wesen der Krankheit ein biographisches ist, darum kann auch die Erkenntnis der Krankheit nur eine biographische sein" (v. Weizsäcker 1947, zitiert in Rudolf <101>). Ziel dieser erweiterten Anamnese ist es, "die Erkrankungssituation auf dem Hintergrund der gesamten Biographie als für die Persönlichkeit relevante Konfliktsituation zu verstehen" <19> und so die Diagnose einer psychosomatischen Erkrankung aufgrund positiver Kriterien und nicht aufgrund von Ausschlusskriterien zu stellen. Das Problem bei der Konzeption des diagnostischen Gesprächs liegt darin, verständisvolle Zuwendung gegenüber dem Patienten und sein Bedürfnis nach Selbstdarstellung mit einer gewissen Systematik zu verbinden. Durch den mittleren Strukturierungsgrad des Interviews wurde ein Kompromiß eingegangen zwischen Umfang/Tiefe des Berichts und Präzision/Reproduzierbarkeit. So ist eine Informationsgewinnung auf objektiver, subjektiver und szenischer Ebene möglich, die eng miteinander verzahnt sind (siehe auch Wesiack: Das ärztliche Gespräch - Versuch einer Strukturanalyse, in v. Uexküll <116>).

1. Auf der Ebene der objektiven Information werden vom Patienten Tatbestände erfragt, die auch von anderen zumindest grundsätzlich überprüfbar sind, z. B. Krankheitsfakten, wichtige Lebensdaten. Die Orientierung an einem fixen Anamnese-Konzept gibt für jeden Probanden dasselbe anamnestische Grundgerüst, d. h. dieselbe Datenbasis, vor. Ein zeitliches Raster aus Daten und die Sammlung der wichtigsten soziologischen Fakten erleichtert den Zugang zum subjektiven Erleben und zu den Erinnerungsschwerpunkten des Patienten.

2. Auf der Ebene subjektiver Information wird der Eigenerfahrung und dem Mitteilungsbedürfnis des Patienten genügend Spielraum gelassen, und die Möglichkeit geschaffen, die Informationsfäden zu einem individuellen Wirklichkeitsmuster zu verweben. Der

Patient soll die Gelegenheit erhalten, seine Innenbefindlichkeit darzustellen und zum Untersucher in wirkliche Beziehung zu treten. Im interaktionellen Kontext des Gesprächs aktualisieren sich die psychischen Störungen des Patienten. "Die Eigenschaften der Objekte sind stets Produkte von Wechselwirkungen, daher ist auch die Rekonstruktion psychischer Eigenschaften - die Bildung eines Konstrukts von der Psyche des betreffenden Individuums - Funktion des mit der Diagnostik realisierten Interaktionsvorgangs" (Rudolf <101>.

Aus dieser zwischenmenschlichen Wechselbeziehung resultiert

3. die Ebene der szenischen Information, d. h. das Wahrnehmen und Verstehen dessen, was der Patient an Verhalten zeigt und an Atmosphäre konstelliert.

Ein Großteil der in der Interview-Situation gewonnenen Information läßt sich mit dem 'psychischen und sozialkommunikativen Befund' (PSKB), einem Dokumentationssystem von G. Rudolf <101>, in standardisierter Form erfassen.

#### 2.2.5 Psychischer und sozialkommunikativer Befund (PSKB)

##### Formale Konzeption

Der PSKB ist eine Ansammlung von Ratingskalen, die zusammengekommen 75 beschreibende Merkmale umfassen und vom Untersucher auszufüllen sind. Die Merkmale sind in elf Kategorien gegliedert, die schwerpunktmäßig den Ich-Bereich und den sozialkommunikativen Bereich erfassen. 71 der 75 Merkmale beschreiben den Status praesens der individuellen Befindlichkeiten, festgelegt auf den Zeitraum eines Jahres; vier Merkmale, die als 'früher vorhanden' markiert werden, sollen prognostisch wichtige chronische Krankheitszeichen vermerken. Zu neun weiteren Fragen, die sich auf die Neurosenstruktur, psychotische und organische Störungen und Intelligenzmängel beziehen, soll der Anamnestiker diagnostisch-interpretierend Stellung nehmen.

Die Skala für alle PSKB-Merkmale ist 4-stufig angelegt und geht von 0 bis 3 (nicht vorhanden bis schwer ausgeprägt); zusätzlich sind zwei weitere Beurteilungen außerhalb der Skala möglich: 'nicht zu beurteilen' und 'fraglich vorhanden'.

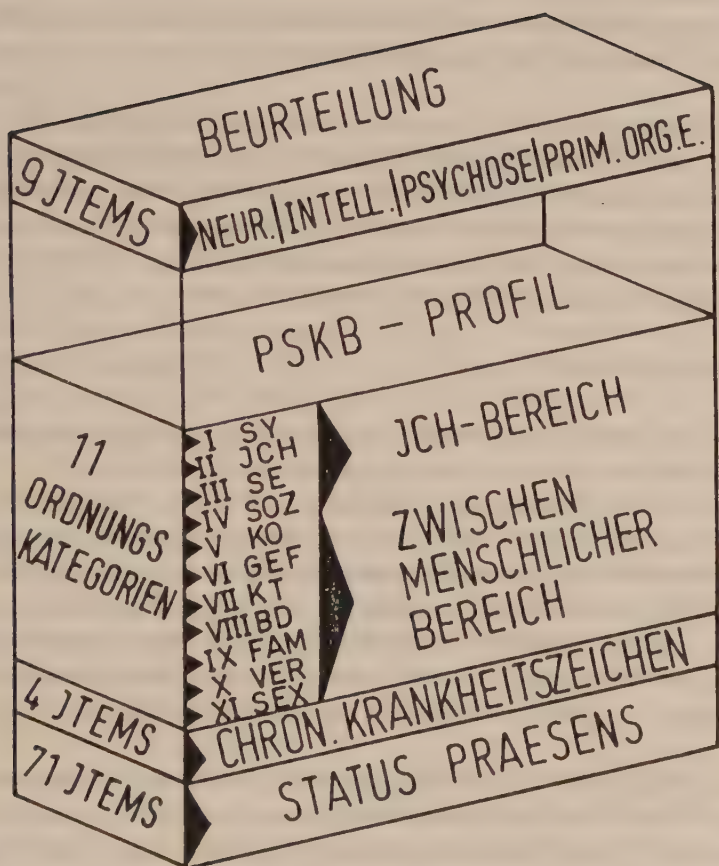
### Inhaltliche Konzeption

Der Befundbogen ist ein psychodynamisch fundiertes Instrument mit der Zielsetzung, Erleben und Verhalten neurotischer und psychosomatischer Patienten im individuell-psychischen und im sozial-kommunikativen Bereich zu beschreiben.

Die einzelnen Items sind nicht a priori als Krankheitszeichen, sondern als Persönlichkeitsmerkmale aufzufassen, die sich bei jedem Menschen - ob gesund oder krank - manifestieren können. Als Erfahrungsquellen für die Merkmalsgewinnung dienten die psychoanalytische und psychiatrische Literatur sowie die psychotherapeutische Praxis.

Die elf Ordnungskategorien der Merkmale orientieren sich an den zwei Schwerpunkten 'Ich-Bereich' und 'zwischenmenschlicher Bereich' und sind wie folgt angeordnet:

- I Symptome im engeren Sinn (Sy)
- II Ich-Erleben, Ich-Gefühl, Ich-Aktivitäten (Ich)
- III Selbstverständnis (Se)
- IV Soziale Lebensbewältigung (Soz)
- V Kommunikationsstil und Verständigung (Ko)
- VI Vorherrschende Gefühle zu Menschen (Gef)
- VII Kontaktaufnahme (Kt)
- VIII Bindung an Partner und Freunde (Bd)
- IX Bindung an die Familie (Fam)
- X Reaktion auf Scheitern von Partnerbeziehungen (Ver)
- XI Sexuelle Beziehungen (Sex)



Aufbau des PSKB

Abb. 11

In die PSKB-Items gehen mitgeteilte und beobachtete Fakten sowie introspektiv erfahrene (d. h. die eigene emotionale Resonanz auf die Untersuchungssituation wiedergebende) Fakten ein. Es geht ausschließlich um die Erfassung zumindest bewußtseinsnaher Persönlichkeitsaspekte, die sich an der bewußtseinsfähigen und beobachtbaren Oberfläche der Persönlichkeit abbilden. Auf die Einbeziehung unbewußter Dynamismen und auf die Abstraktion psychischer Strukturen wird bewußt verzichtet.

Registriert werden in erster Linie aktuelle Befindlichkeiten; nur vier Merkmale beziehen sich auf prognostisch wichtige chronische Krankheitszeichen. Neun zusätzliche Fragen ermöglichen eine Differentialdiagnose zwischen Neurose/Intelligenzauffälligkeit, Neurose/Psychose und Neurose/organische Krankheit, die aus den Befund-Merkmalen allein nicht zu erschließen ist.

#### Eignungskriterien

Der Befundbogen von Rudolf ist ein Breitband-Verfahren, durch das verschiedene Patienten-Typen charakterisierbar sein sollen. Er stellt eine diagnostische Orientierungshilfe dar, indem er dem Untersucher einen Überblick über die Schwerpunkte und das Ausmaß neurotischer Störungen gibt. Durch Abbildung eines globalen Auffälligkeitswertes pro Skala lassen sich Neurosenprofile erstellen. Außerdem kann der Anamnestiker in neun Zusatzfragen diagnostisch-interpretierend Stellung nehmen zu Neurosenstruktur, Intelligenz, Psychose und primär organischen Erkrankungen.

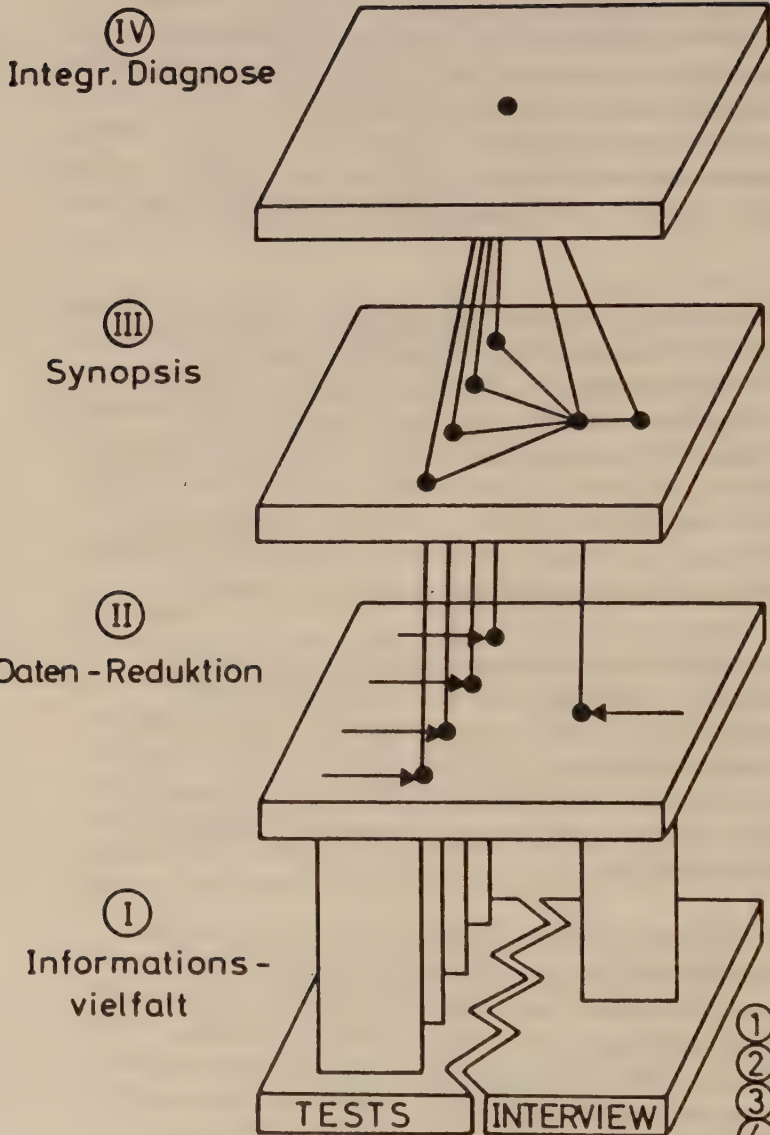
Unberücksichtigt bleiben biographische Zusammenhänge. Der genetisch-dynamische Hintergrund eines Phänomens wird nicht interpretiert. Dieses Manko weist auch einen positiven Aspekt auf: die Aufstellung komplizierter Theorien und Begriffsdefinitionen, das Training zur Anwendung eines aufwendigen Begriffsapparates und der damit erfahrungsgemäß verbundene Anstieg der Interraterdiskrepanz entfallen.

Die Möglichkeit, den Schweregrad einer Erkrankung einzuschätzen, konfrontiert mit der Problematik von Quantifizierungsversuchen. In solche quantitativen Bewertungen gehen die klinische Erfahrung des Untersuchers, seine diagnostischen Gewohnheiten sowie das Klageverhalten oder die Dissimulation des jeweiligen Patienten ein. Ein Glossar, das eine detaillierte Definition der einzelnen Merkmale gibt, erleichtert die wissenschaftlich-quantitative Auswertung.

Zur testtheoretischen Güte (Objektivität/Reliabilität) des PSKB schreibt Rudolf <101>: "Die erzielten Übereinstimmungswerte erreichen nicht die Größenordnung, die von psychometrischen Verfahren gefordert wird. Sie liegen aber ziemlich genau in der Größenordnung, die von psychiatrischen Schätzskalen für ihre doch meist auffälligeren Patienten berichtet werden ... Gegenüber Selbsteinschätzungsverfahren jedoch ... hat das vorgestellte Verfahren den Vorteil, auch dem Patienten nicht bewußte und nur in der Interaktion aufleuchtende Züge mit verwerten zu können."

Der PSKB eignet sich gut für epidemiologische und ätiologische Studien, ein direkter Vergleich einzelner Patienten ist jedoch nicht möglich, da bisher keine Normen vorliegen. In die Bewertung gehen drei Bezugssysteme ein - der Patient, der Untersucher und die Gesellschaft - "die zu einer Idealnorm zu integrieren wären, deren Gewichtung jedoch dem einzelnen Anamnestiker überlassen bleibt" (vgl. Rudolf <101>).

Nach Untersuchungen von Rüger (1977, in Rudolf <101>) liegt mit dem PSKB ein Verfahren vor, das globale Veränderungen des klinischen Bildes gut zu registrieren vermag. Beispielsweise ließ sich eine positive Korrelation mit der sozialen Dimension des Gießen-Tests (Faktor 6, soziale Potenz) nachweisen, die als guter Parameter des 'klassischen Gesundheitsideals' zu werten ist. Im Vergleich mit Selbsteinschätzungsverfahren enthält der PSKB weit mehr prognose- und therapierelevante Merkmale, und er hat sich nach den Erfahrungen Rügers als Prädiktor für den Behandlungserfolg bewährt.



## ABSTRAKTIONSEBENEN

- ① GIESSEN - T.
- ② SCL-90 - R
- ③ LIFE - EVENT
- ④ PSKB
- ⑤ INTERVIEW
- ⑥ DATEN AUS D. KRANKENBLAT

### 3 Ergebnisse, Datenanalyse und -interpretation<sup>1)</sup>

#### 3.1 Vorbemerkungen

In Kap. 1 Planung und Untersuchungsdesign wurden Stichprobenumfang (N = 148) und Auswahlkriterien festgelegt. Bei der Populationsauswahl, die nach dem Zufallsverfahren erfolgte, kamen nur wenige Selektionsprinzipien zur Anwendung (Ausschluß Schwerstkranker, Ausländer, Debiler und Patienten unter 16 und über 75 Jahren). Damit können wir davon ausgehen, daß die untersuchte Stichprobe ein relativ repräsentatives Spektrum unserer Klinik darstellt.

Eingeräumt werden muß jedoch, daß sich durch die Verweigererquote von 31,5 % (entsprechend 68 Verweigerungen bei 216 angesprochenen Patienten) gewissen Verzerrungen ergeben. Dies wirkt sich nachweisbar bezüglich der Geschlechtsverteilung aus, da die Absagen überwiegend von Frauen kamen (47 Frauen gegenüber nur 21 Männern, entsprechend einem weiblichen Anteil von 21,8 % an der Gesamtquote von 31,5 %).

Der Einfluß auf die 'Fall'-Rate dürfte nicht erheblich sein. Laut Schepank <104> kann man von der gut begründeten, z. T. empirisch überprüften Annahme ausgehen, "daß unter den Verweigerern die Prozentzahl der Fälle wahrscheinlich um ein paar %-Punkte, aber nicht erheblich höher liegt als bei den wirklich Untersuchten".

---

1) Die referierten Ergebnisse beruhen größtenteils auf computergesteuerter Auswertung in unserer EDV-Abteilung; nur einige Auszählungen und Auswertungen wurden manuell vorgenommen.

### 3.2 Beschreibung der Stichprobe nach Sozialdaten

Nachdem vorliegende Arbeit epidemiologisches Interesse zeigt, muß sie sich der Frage nach dem moderierenden Einfluß sozioökonomischer Daten auf psychische und psychosomatische Erkrankungen stellen. Dieser Punkt stellt allerdings nicht das Hauptanliegen unserer Studie dar und soll im folgenden daher nicht zu sehr extendiert werden. Wegen des sehr breit gefächerten empirischen Ansatzes erschien mir auch aus Gründen der Überschaubarkeit eine Beschränkung auf die vier essentiellen Variablen - Geschlecht, Alter, Schulbildung und soziale Schicht - sinnvoll.

#### 3.2.1 Variable Geschlecht

In unserer Stichprobe prädominiert deutlich das männliche Geschlecht mit 97 Männern gegenüber nur 51 Frauen (65,5 % vs. 34,5 %). Dieses Ungleichgewicht erklärt sich, wie bereits oben erwähnt, vor allem dadurch, daß der Hauptanteil der Verweigerungen beim weiblichen Geschlecht lag.

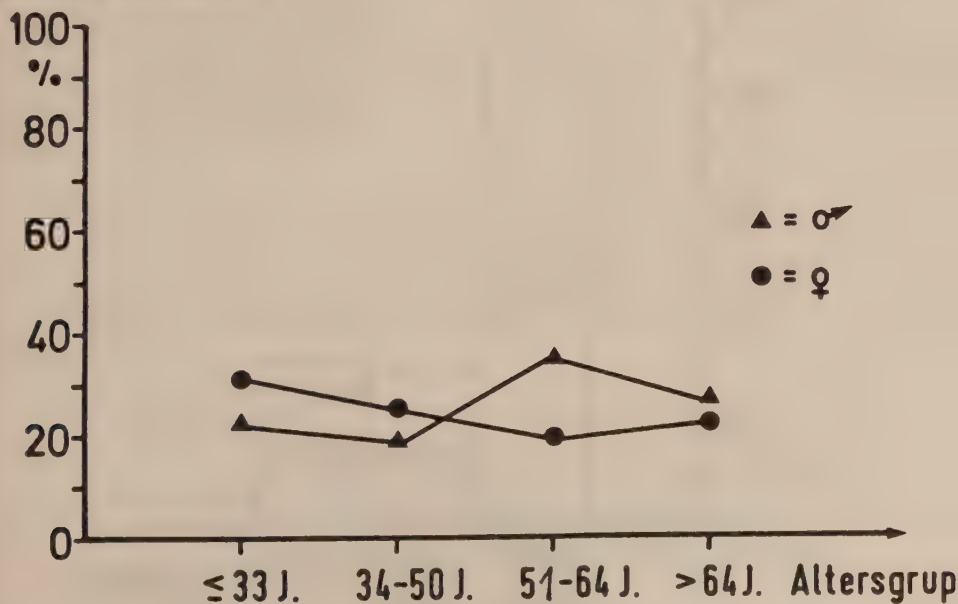
#### 3.2.2 Variable Alter

Nach Erstellung einer geschlechtsgetrennten Altersverteilung wurden vier etwa gleich starke Altersgruppen gebildet. Die Altersstruktur unserer Population ist nachfolgend tabellarisch und graphisch dargestellt. Wie aus der Graphik hervorgeht, liegt bei der Altersverteilung der weiblichen Gruppe der Schwerpunkt eindeutig bei den jüngeren Alterskategorien ( $\leq 33$  und 34-50), während beim männlichen Geschlecht die älteren Altersgruppen überwiegen (51-64 und  $> 64$ ).

Tabelle 2: Altersverteilung der Gesamtstichprobe

| Alters-<br>gruppe | Pat. | Pat. % | m  | m%     | w  | w%     |
|-------------------|------|--------|----|--------|----|--------|
| ≤ 33              | 38   | 25,7%  | 22 | 22,7%  | 16 | 31,5%  |
| 34-50             | 32   | 21,6%  | 19 | 19,6%  | 13 | 25,4%  |
| 51-64             | 40   | 27,0%  | 30 | 30,9%  | 10 | 19,6%  |
| > 64              | 38   | 25,7%  | 26 | 26,8%  | 12 | 23,5%  |
| Total             | 148  | 100,0% | 97 | 100,0% | 51 | 100,0% |

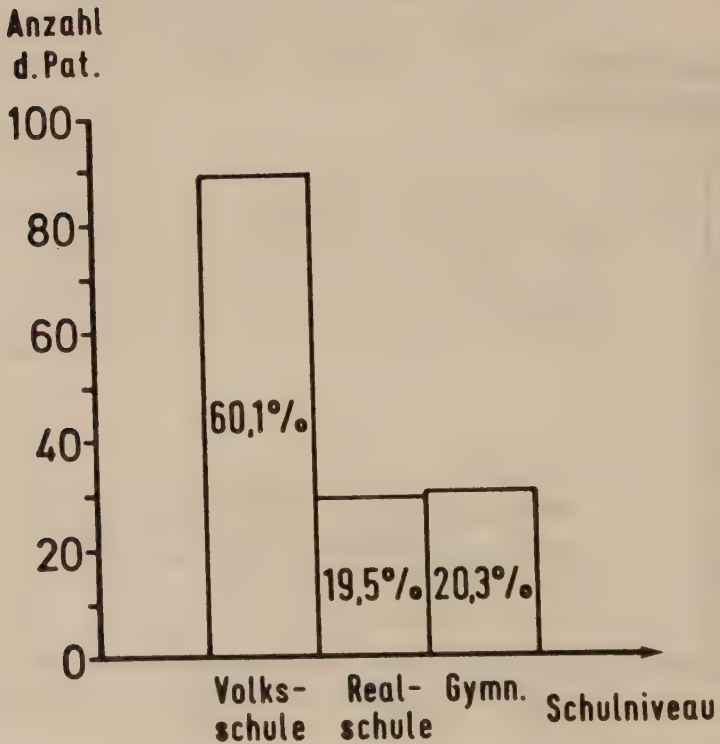
prozentualer Anteil  
an d. Gesamtstichprobe



Altersverteilung der Gesamtstichprobe

### 3.2.3 Variable Schulbildung

Die Einteilung erfolgte nach Volksschul-, Realschulabschluß und Abitur. Die stärkste Gruppe bilden die Volksschüler mit 89 Patienten (60,14 %). Sie ist damit ~~etwa~~ dreimal so umfangreich wie die Kategorien der Realschüler ( $N = 29 = 19,5\%$ ) und der Abiturienten ( $N = 30 = 20,3\%$ ) die ~~nur~~ gleich stark besetzt sind.



Schulbildungs-Verteilung der  
Gesamtstichprobe

### 3.2.4 Variable Sozialschicht

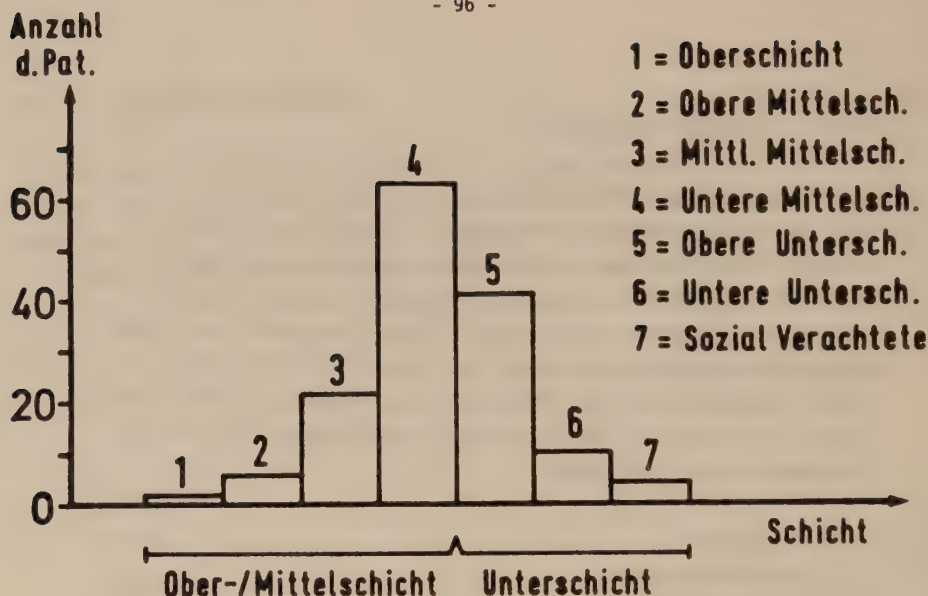
Obwohl ich mir der Problematik der Schichteneinteilung bewußt bin, habe ich - mangels verbindlicher Alternativeinteilungen und nachdem in der Literatur immer wieder eine Schichtabhängigkeit des psychosomatischen Phänomens hypostasiert wird - diesen Klassifizierungsmodus herangezogen. Durch Anwendung des Sozialschicht-Schlüssels nach Kleining und Moore <66> - der auch bei anderen epidemiologischen Untersuchungen eingesetzt wurde (Schepank <104> - ist eine Vergleichbarkeit gewährleistet. Der Schlüssel umfaßt sieben Schichten:

1. Oberschicht
2. Obere Mittelschicht
3. Mittlere Mittelschicht
4. Untere Mittelschicht
5. Obere Unterschicht
6. Untere Unterschicht
7. Sozial Verachtete

Ausgehend von der ursprünglichen Einteilung in sieben Schichten erfolgte - nachdem einzelne Gruppen (z. B. die Oberschicht mit nur zwei Probanden) stark unterrepräsentiert waren, eine Zusammenfassung in zwei große Gruppen:

1. 'Ober-/Mittelschicht'
2. 'Unterschicht'

Aufgrund dieser Grobeinteilung ergibt sich ein Verhältnis von 93 'Ober-/Mittelschicht'-Angehörigen (62,8 %) zu 55 'Unterschicht'-Angehörigen (37,2 %). Die Feinstrukturierung wird in nachstehender Graphik aufgezeigt.



## Sozialschicht-Verteilung der Gesamtgruppe

3.3 Ergebnisse auf der empirisch-analytischen Ebene

### 3.3.1 Psychometrische Unterschiede in Korrelation mit den Sozialdaten

Sämtliche Tests wurden bezüglich der Variablen Geschlecht, Alter, Schulbildung und Schichtzugehörigkeit mittels Varianzanalysen überprüft.

#### 3.3.1.1 Variable Geschlecht

Für die Persönlichkeitsbeurteilung nach dem Gießen-Test (Selbstbild) ließ sich auf Skalenebene kein bedeutsamer geschlechtsspezifischer Unterschied aufzeigen. Dies widerspricht auf den ersten Blick den Ergebnissen von Beckmann und Richter <13>, die signifikante Geschlechtsdifferenzen fanden, und zwar ein höheres Maß an Überkontrolliertheit, Ängstlichkeit und Depressivität bei Frauen. Eine plausible Erklärung für diese Diskrepanz bietet

unsere geschlechtsdifferente Altersverteilung, bei der jüngere Frauen und ältere Männer kumulieren. Das unglücklichere Selbstbild von weiblichen gegenüber dem männlichen Geschlecht wird jedoch nach Beckmann und Richter <13> vorwiegend von älteren Frauen gezeichnet. Dieser geschlechtsspezifische Unterschied scheint sich durch das Überwiegen jüngerer Frauen zu verwischen. - In unseren anderen Tests sind Geschlechtsdifferenzen nachweisbar:

Im SCL 90-R, dem Beschwerde-Fragebogen, zeigen zwei Global-Indices - der GSI als sensitivster Indikator für die psychogene Störung und der PST als Maß für die Symptombreite - eine etwas höhere Ausprägung für das männliche Geschlecht, die jedoch noch nicht signifikant ist. Im Bereich der Symptom-Dimensionen läßt sich ein bedeutsamer Unterschied nur für die Dimension 7 (Phobie) feststellen, mit Überwiegen beim männlichen Geschlecht. Auch hier zeigt sich eine Divergenz zu Vergleichsuntersuchungen: Nach Katschnig und Strotzka <64> werden bei Frauen wesentlich häufiger neurotische und psychosomatische Störungen gefunden als bei Männern. Sie berichten auch über ein Überwiegen von Frauen für phobische Syndrome. Zieht man den Altersgipfel für Phobien in Betracht, der laut o. g. Autoren um das 50. Lebensjahr liegt, so könnte sich unser Ergebnis damit erklären (Prädominanz männlicher Patienten in dieser Altersgruppe). Weiterhin könnte man sich vorstellen, daß unter den weiblichen Verweigerern mehr Symptomträger waren.

Im PSKB, dem Fremdbeurteilungs-Fragebogen, waren folgende signifikante geschlechtsspezifische Auffälligkeiten nachweisbar: Für die Ordnungskategorien 2 (Ich-Erleben, Ich-Gefühl, Ich-Aktivitäten), 9 (Bindung an die Familie) und 11 (Sexuelle Beziehungen) ließen sich beim weiblichen Geschlecht pathologischere Werte dokumentieren, während sich beim männlichen Geschlecht mehr Auffälligkeiten bezüglich Kategorie 4 (Soziale Lebensbewältigung) fanden. Die genannten Unterschiede sind auf dem 5 %-Niveau signifikant.

Auf dieser Beurteilungsbasis manifestieren sich beim weiblichen Geschlecht mehr Störungen der positiven Ich-Erfahrung (Ich-Haftigkeit, Selbstwert, Selbststeuerung, Sicherheit, Wohlbefinden). Als vorherrschendes Konflikt- und Störungsfeld zeigt sich bei Frauen weiterhin der Bereich Familie/Sexualität, mit der möglichen Begründung, daß beim weiblichen Geschlecht der familiär/partnerschaftliche Bereich, der Geschlechtsrolle entsprechend, meist einen hohen Stellenwert einnimmt und daher auch für pathologische Entwicklungen eine breitere Basis bietet als dies im allgemeinen für Männer der Fall ist, die Insuffizienzen in diesem Bereich doch eher beruflich kompensieren können. Demgegenüber ist unserem Untersuchungsergebnis nach der Bereich der sozialen Lebensbewältigung beim männlichen Geschlecht störungsanfälliger. Unter dieser Kategorie sind soziale Integration und Anpassung sowie das Leistungsverhalten zu subsumieren. Entsprechend dem Rollenstereotyp werden auf diesem Sektor an das männliche Geschlecht auch mehr Anforderungen gestellt, er kann daher auch problemträchtiger werden als dies für das weibliche Geschlecht der Fall ist.

Im Life-Event-Fragebogen war bezüglich des Morbiditätsrisikos kein signifikanter Geschlechtsunterschied nachweisbar.

### 3.3.1.2 Variable Alter

Im Gießen-Test-Selbstbild (GT-S) zeigt sich altersabhängig eine Auffälligkeit in Skala 3 (Kontrolle), und zwar im Sinne von zunehmender Kontrolle mit ansteigendem Alter. Diese Auffälligkeit wird bei der Generation der über 64-Jährigen gegenüber den  $\leq 33$ -Jährigen signifikant ( 1 %-Niveau). Dieses Ergebnis, das älteren Patienten mehr Zwanghaftigkeit (Ordentlichkeit, Pünktlichkeit, Wahrheitsliebe, Sparsamkeit, geringere Spontaneität) attribuiert - als Ausdruck einer stärkeren Orientierung an soziokul-

turellen Normen und zunehmender Rigidität im Alter - ist plausibel und bestätigt Untersuchungen von Beckmann und Richter <13>. Die übrigen GT-Skalen zeigen sich im Rahmen unserer Untersuchung als altersunabhängig.

Der SCL-90-R weist für die Altersgruppen - bezogen auf Skalen-niveau und Global-Indices - keine bedeutsamen statistischen Assoziationen auf.

Im PSKB macht sich der Alterseinfluß in zwei Dimensionen markant geltend. Bezüglich Dimension X (Reaktion auf Scheitern von Partnerbeziehungen) zeigen die  $\leq 33$ -Jährigen signifikant mehr Schwierigkeiten gegenüber den 51- bis 60-Jährigen (1 % -Niveau) und hochsignifikant mehr Probleme gegenüber den 64-Jährigen (0,1 % -Niveau). Diese Differenz ist schwer zu bewerten, mag jedoch u. a. mit der eher geringeren Frequenz von Trennungserlebnissen im späteren Lebensalter zusammenhängen. In der Dimension XI (Sexuelle Beziehungen), die u. a. die Einschränkungen der sexuellen Befriedigung erfaßt, ergibt sich für die Altersgruppe über 64 Jahre ein durchschnittlich höherer Auffälligkeitswert als bei den jungen Patienten ( $\leq 33$  Jahre), der erwartungsgemäß die mit dem Alter abnehmende Potenz und das reduzierte sexuelle Interesse widerspiegelt, evtl. auch die größere sexuelle Tabuisierung in der älteren Generation zum Ausdruck bringt.

Bei der Psychotizismus-Beurteilung im PSKB ließen sich bei den über 64-Jährigen höhere Werte ermitteln als bei den Patienten  $\leq 33$  Jahre.

Im Life-Event-Fragebogen waren bezüglich des Morbiditätsrisikos keine Alterdifferenzen zu erkennen.

### 3.3.1.3 Variable Schulbildung

Bezogen auf das Merkmal Schulbildung fanden sich im Gießen-Test (GT-S) Auffälligkeiten in den Skalen 2 und 6.

In Skala 2 (Dominanz) wurde mit Ansteigen des schulischen Niveaus das eigene Verhalten als dominanter beurteilt. Dabei lag die Signifikanz zwischen Volksschule und Gymnasium bei 5 %. Diese Tendenz zur Unterordnung bei niedrigerem Bildungsniveau korrespondiert auch mit den Untersuchungsergebnissen von Richter und Beckmann <13>.

Für die Skala 6 (Soziale Potenz) - die von Richter und Beckmann aufgrund von Itemkorrelationen mit den Variablen Schulbildung und Höhe des Einkommens gebildet wurde - ergaben sich ebenfalls Unterschiede. Erwartungsgemäß schätzten sich Patienten auf höherer Bildungsebene auch als sozial potenter ein. Überraschenderweise war allerdings nur der Vergleich Realschule/Gymnasium signifikant (5 %-Niveau), während sich bei Gegenüberstellung von Volksschule und Gymnasium zwar eine deutliche Mittelwertsdifferenz ergab, die jedoch noch keine Signifikanz erbrachte. Dies erscheint ad hoc nicht plausibel, zumal wir bei dem stärkeren Bildungsgefälle auch einen gravierenderen Unterschied in der sozialen Potenz erwartet hätten. Es wäre vorstellbar, daß Volksschüler ein weniger kritisches Selbstbild von sich entwerfen als Realschüler, möglicherweise aufgrund eines geringeren Reflexionsvermögens oder einer stärkeren Orientierung an Norm- und Wunschvorstellungen. Genauso wäre aber die Möglichkeit denkbar, daß sich Bildungs-'Potenz' und soziale Potenz in Wirklichkeit nicht decken.

Im SCL-90-R läßt sich, abhängig vom schulischen Niveau, nur eine Besonderheit erkennen, die aber für vorliegende Studie einen wichtigen Aussagewert besitzt: Patienten mit geringerer Schulbildung zeigen eine stärkere Tendenz zur Somatisierung, wie sich in der Ordnungskategorie I (Somatisierung) zeigt. Dabei ist der Vergleich von Volksschülern und Abiturienten auf dem 5 %-Niveau signifikant. Im Literaturvergleich erweist sich diese Korrelation (niedriger Bildungsstand - stärkere Somatisierungstendenz) als relativ stabil <20>, <119>, <64>.

Im PSKB lassen sich ebenfalls mit der Schulbildung assoziierte Auffälligkeiten erkennen (Dimension III, VI, X und XI). Im Hinblick auf Dimension III (Selbstverständnis) unterschieden sich Patienten mit Volksschul- und Realschulabschluß signifikant von Abiturienten, jeweils auf dem 5 %-Niveau, und zwar in Richtung ausgeprägter Problematisierung des Selbstverständnisses mit qualifizierterem Schulabschluß. Dies kann - auf Item-Ebene betrachtet - bedeuten, daß sich Patienten mit höherem Bildungsniveau mehr in Frage stellen (Item 22) und verstärkte kompensatorische Bemühungen zeigen (Item 23-25: Überbetonung von Leistung, Ansehen, Geltung).

Rekurrieren wir, ausgehend von dieser Interpretation zum GT-S, Skala 6 (Soziale Potenz), so läßt sich unsere dortige Annahme untermauern: Im Gegensatz zu Realschülern unterscheiden sich Volksschüler in der Einschätzung ihrer sozialen Potenz nicht signifikant von Abiturienten, trotz der größeren Bildungsdiskrepanz, weil sie möglicherweise ein weniger differenziertes Denken, ein geringeres Problembewußtsein und eine weniger ausgeprägte Kritikfähigkeit besitzen.

Als weitere Besonderheit weisen Realschüler in der Dimension 9 (Bindung an die Familie) gegenüber Abiturienten eine signifikant (5 %-Niveau) stärkere gefühlhafte Bindung an die Familienangehörigen (Eltern, Geschwister, Kinder) auf, im Sinne einer geringeren Abnabelung von der Primärfamilie oder der stärkeren Tendenz, das Kind als Partnerersatz oder Pflegeobjekt zu betrachten. Auch bei Volksschülern zeigt sich im Vergleich mit Abiturienten eine stärkere familiäre Bindung der oben beschriebenen Art, die jedoch noch nicht auf dem Signifikanzniveau zum Tragen kommt. Es scheint mir nicht gerechtfertigt, gleich Schlußfolgerungen aus dieser Ergebniskonstellation zu ziehen.

In der Dimension XI (Sexuelle Beziehungen) ergeben sich für unsere Stichprobe signifikant mehr Schwierigkeiten bei den Volks-

schülern als bei den Abiturienten, was gegen das Klischee sexueller 'Unkompliziertheit' bzw. Unbefangenheit bei niedrigerem Bildungsstand spricht.

Im Life-Event-Fragebogen liegt für die Variable Schulbildung - in Hinblick auf das Morbiditätsrisiko - kein signifikanter Unterschied vor.

#### 3.3.1.4 Variable Sozialschicht

Im Gießen-Test-Selbstbild finden sich bezüglich der Schichtzugehörigkeit erstaunlicherweise keine signifikanten Unterschiede. Auch die Ergebnisse, die sich auf der Schulbildungsebene fanden, lassen sich hier nicht reproduzieren. Das steht in Widerspruch zu den Ergebnissen von Beckmann und Richter <14>, die im GT-S signifikante bis hochsignifikante Korrelate des niedrigen Sozialstatus aufweisen konnten. Ihre Resultate kennzeichnen die sozial Schwachen als unterwürfiger, retentiver, sozial impotenter. Diese Diskrepanz ließe sich auflösen, falls sich die 'Unterschicht'-Angehörigen unserer Gruppe in ihrer Selbstdarstellung mehr an ihren Idealvorstellungen orientiert hätten. (Dies läßt sich jedoch nicht verifizieren, da die Idealbild-Version des GT nicht in unserer Test-Batterie enthalten ist).

Im SCL-90-R lassen sich dagegen zahlreiche schichtspezifische Unterschiede aufzeigen:

Für die 'Unterschicht' findet sich eine signifikant höhere Fallrate (5 %-Niveau), ein höherer GSI-Index (der als sensibelstes Maß für die psychogene Störung gilt) (1 %-Niveau) und ein höherer PST-Index (der die Symptombreite mißt) (1 %-Niveau).

In der Dimension I (Somatisierung) unterscheiden sich die sozial Schwachen von den Angehörigen der Ober-/Mittelschicht hochsignifikant durch eine stärkere Somatisierungstendenz. Dies deckt sich

mit dem Resultat für die Variable Schulbildung. Auch weitere Autoren berichten über dieses schichtabhängige Phänomen. Laut Viethmann <119>, der sich der Ansicht Bräutigams <20> anschließt, "liegt die stärkere Somatisierungstendenz in unteren sozialen Schichten wohl auch darin begründet, daß die Fähigkeit zum vorstellenden Denken, zur Symbolisierung und zur Selbst-reflexion in der Familie gelernt und durch Schule und Ausbildung gefördert wird, in den unteren Sozialschichten aber die Tendenzen zur Verbalisierung, zur Wahrnehmung und Äußerung von Gefühlen im Kontakt mit anderen wohl geringer sind."

Weiterhin differenziert die 'Unterschicht' in den Symptomdimensionen III (Unsicherheit im Sozialkontakt), IV (Depressivität), V (Ängstlichkeit) durch pathologischere Werte (5 %-Niveau) von der 'Ober-/Mittelschicht'. Signifikante Abweichungen (1 %-Niveau) waren für die unterprivilegierte Schicht noch in den Symptombereichen VIII und IX nachweisbar, im Sinne einer ausgeprägteren Neigung zu paranoidem Denken und Psychotizismus. (Dazu ist anzumerken, daß unter dem Faktor 'Psychotizismus' nicht nur manifeste psychotische Reaktionen subsummiert sind, sondern auch ein zurückgezogener, isolierter, schizoider Lebensstil).

Im PSKB bestätigt sich im großen und ganzen der Trend, der im SCL-90-R sichtbar wurde: 'Unterschicht'-Angehörige zeigen (jeweils auf dem 5 %-Signifikanz-Niveau) durchschnittlich einen höheren Summenwert klinischer Auffälligkeiten, eine pathologischere Beurteilung in der Dimension I (Symptome im engeren Sinn) (psychische und körperliche Symptome, ausgeschlossen eindeutig organische Leiden), weisen einen höheren Wert in Kategorie II auf, die Störungen des Ich-Erlebens, Ich-Gefühls und der Ich-Aktivitäten registriert, und lassen im zwischenmenschlichen Bereich in der Dimension VI (Vorherrschende Gefühle zu Menschen) (Negativer Gefühlssektor, z. B. Mißtrauen, Benachteiligung etc.) ein höheres Maß an Auffälligkeiten erkennen.

Für die 'Ober-/Mittelschicht' läßt sich nur im Bereich 'Selbstverständnis' ein pathologischerer Wert nachweisen, der eine hohe Signifikanz auf dem 0,1 %-Niveau zeigt (in Korrespondenz mit derselben Auffälligkeit bei höherer Schulbildung).

Für den Life-Event-Fragebogen ergeben sich auch hier keine bedeutsamen Unterschiede, bezogen auf das Morbiditätsrisiko.

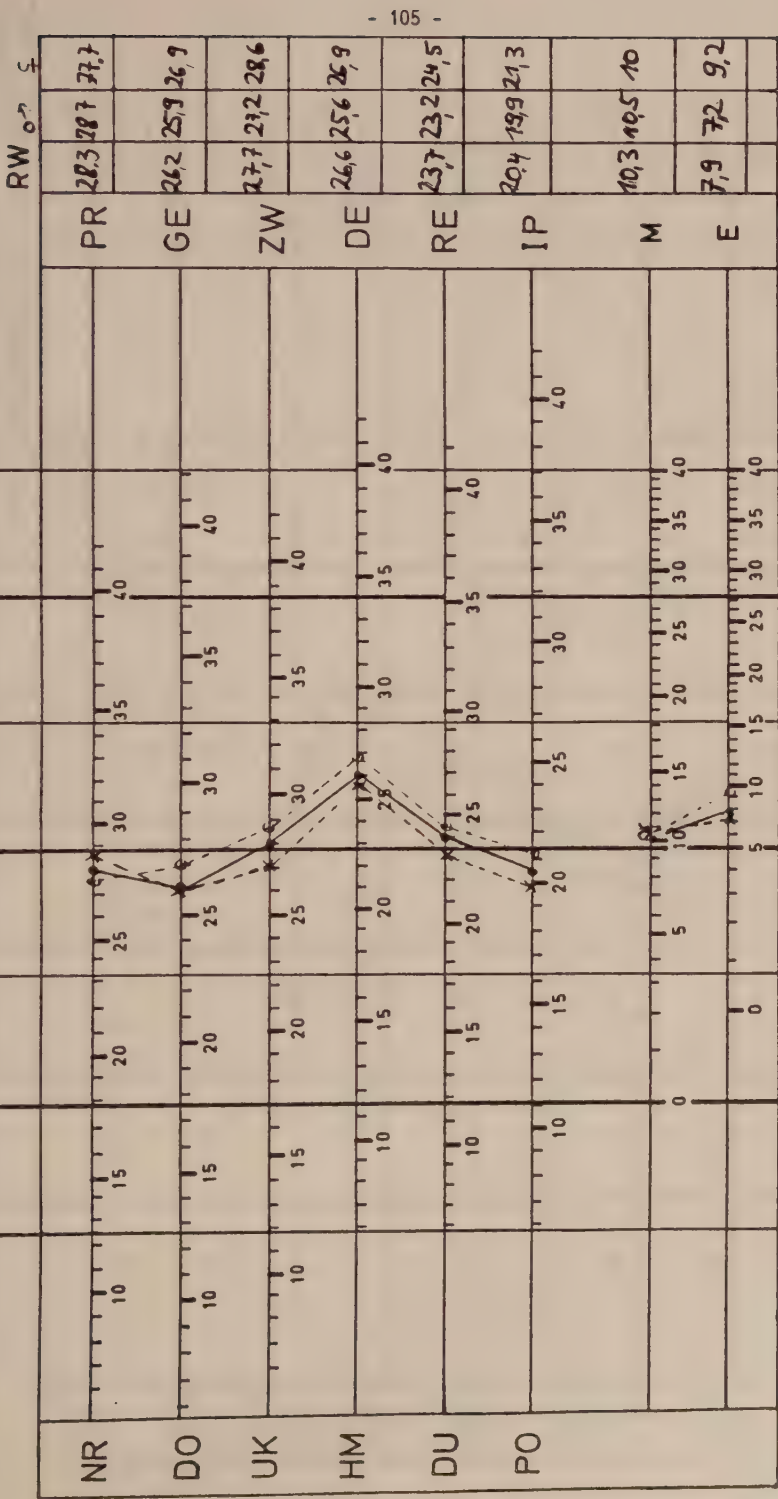
### 3.3.2 Profildarstellung und Interpretation der Gesamtgruppe

#### 3.3.2.1 Gießen-Test

Das GT-S-Profil unserer Gesamtstichprobe (N = 148) verläuft nahe der Mittellinie. In den Standard-Skalen finden sich besonders normgerechte Ergebnisse in Skala 3 (Kontrolle) und Skala 5 (Durchlässigkeit). Die Markierungen für diese beiden Skalen entsprechen dem 50 %-Rang. Die stärkste Normabweichung ergibt sich für Skala 4 (Grundstimmung). Hier ist eine deutliche Tendenz nach rechts in Richtung Depressivität festzustellen. Weiterhin findet sich eine gewisse Betonung der Dimension Dominanz (Skala 2). Nur sehr diskrete Abweichungen von der Mittellinie nach links sind für Skala 1 und 6 zu beobachten, entsprechend einer etwas negativeren sozialen Resonanz und einer leichten Tendenz zu sozialer Potenz.

Fügen wir diese Einzelbeobachtungen zu einem Bild zusammen, so ist die Akzentuierung der Dimension Depressivität und die leichte Verschiebung in Richtung negative soziale Resonanz bei einem Kollektiv kranker Menschen gut verständlich. Es kommen darin (Skala 4) Neigung zu Innenwendung der Aggression, Selbstunsicherheit, Ängstlichkeit, Schwäche im Ich-Selbst-System, hilfeschuchende Abhängigkeitshaltung zum Ausdruck <13>. In ihrer Wirkung auf die Umgebung (Skala 1) schätzt sich unsere Gesamtgruppe eher als unattraktiv, unbeliebt und mißachtet ein, die Abweichung von der Norm ist jedoch kaum nennenswert. Kontrastierend dazu und als

% - Rang  
T 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30 32 34 36 38 40 42 44 46 48 50 52 54 56 58 60 62 64 66 68 70 72 74 76 78 80 82 84 86 88 90



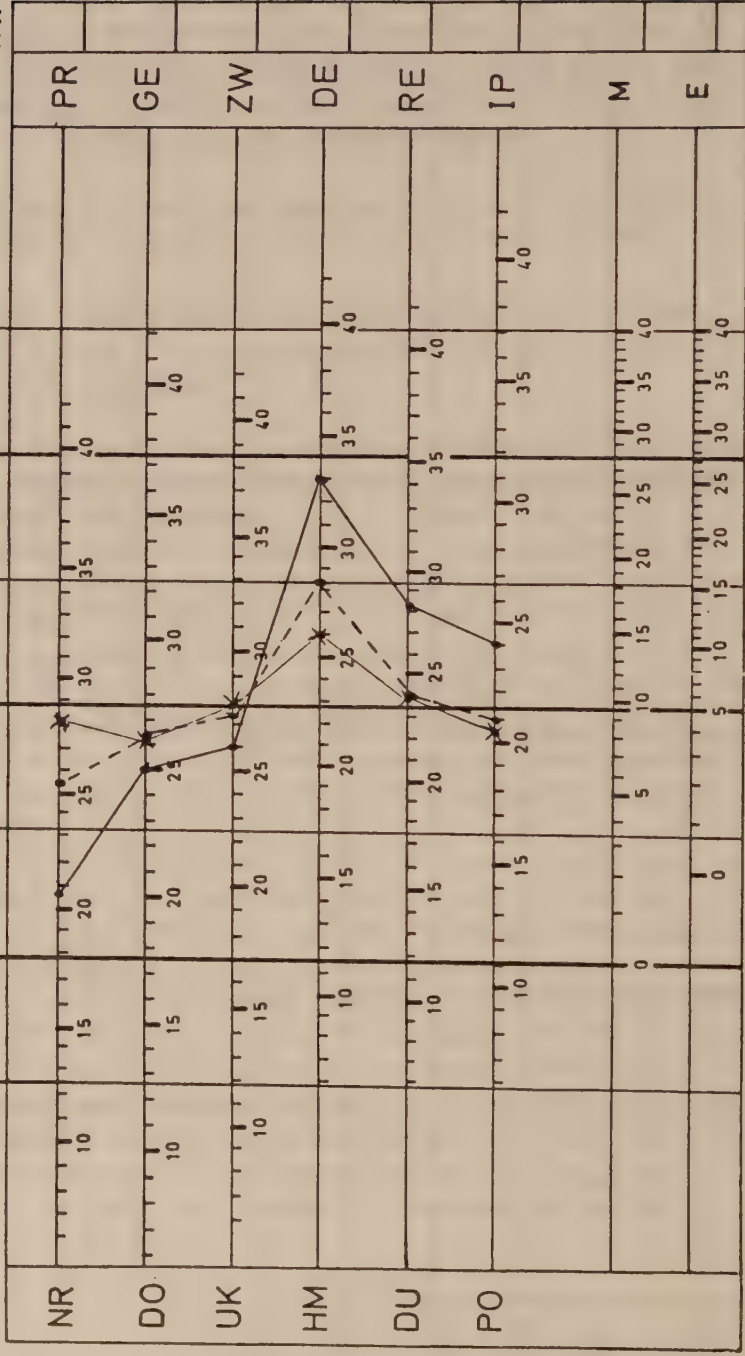
(beurteilt von GT-S)

Name                      Geburtsdatum                       
 Beruf                      Testdatum                       
 Sie haben 148 Items beantwortet (N = 148)  
 $\sigma^2(N = 97)$   
 $\sigma(N = 51)$

GT-Profilblatt

% - Rang  
 T 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30 32 34 36 38 40 42 44 46 48 50 52 54 56 58 60 62 64 66 68 70 72 74 76 78 80 82 84 86 88 90

RW



psychoneurotische Pat.  $N = 124$  } 99. Jupp  
 psychosomatische Pat.  $N = 125$  } (Eimann)  
 \* \* \* \* \*  
 \* \* \* \* \*  
 \* \* \* \* \*

Geburtsdatum  
 Testdatum

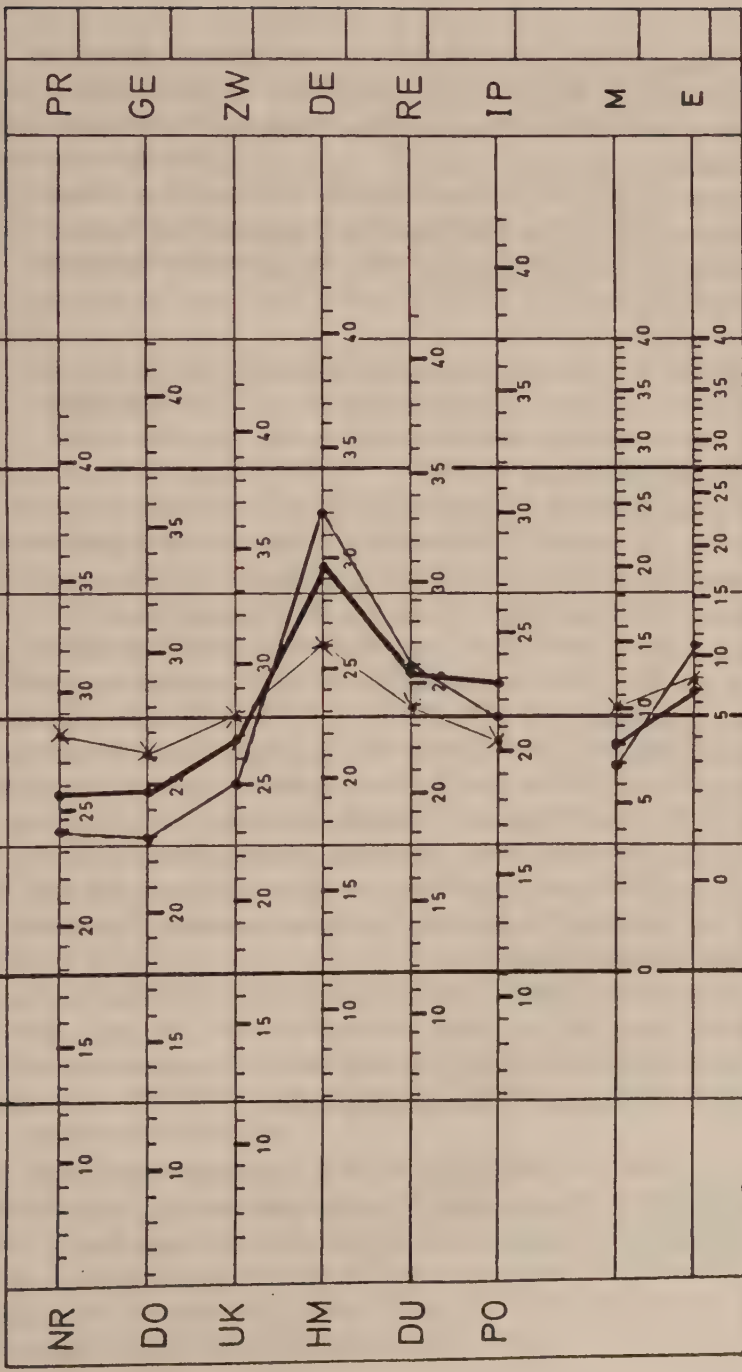
Name  
 Beruf

(beurteilt von \_\_\_\_\_)

GT-Profilblatt

% - Rang  
T 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30 32 34 36 38 40 42 44 46 48 50 52 54 56 58 60 62 64 66 68 70 72 74 76 78 80 82 84 86 88 90

RW



psychosomatische Ret. N= } Lgl.-Gruppe  
psychoneurotische Ret. N= } (U: Real)  
Gesamtgruppe (Mittel-Helmich) N=148

Name \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Beruf \_\_\_\_\_  
Testdatum \_\_\_\_\_

GT-S

(beurteilt von \_\_\_\_\_)

eher 'unpassend' imponiert die - wenn auch diskrete - Betonung der Dimensionen Dominanz und soziale Potenz. Unter Dominanz (Skala 2) sind Merkmale wie Eigensinn, Ungeduld, Machtanspruch und Aggressivität zu subsumieren. Nach Beckmann und Richter <13> impliziert Skala 2 auch psychosoziale Abwehrformen, wobei eine Linksbetonung, wie sie hier gegeben ist, bedeutet, daß innerer Konfliktdruck eher in impulsiver Weise an dominierten Partnern abreagiert wird.

Erstaunlich ist bei unserem Gesamtgruppenprofil eine leichte Tendenz zu sozialer Potenz, wobei anzumerken ist, daß diese Dimension "dem klassischen Gesundheitsideal auf der genitalen Reifestufe sehr nahe kommt" <13>.

In Zusammenhang mit der eher negativen Resonanz unserer Population und in Kenntnis der Interviewergebnisse - die im allgemeinen weniger potente Persönlichkeiten widerspiegeln, mit Mangel an Selbstvertrauen und meist erheblichen Beziehungsproblemen - ergibt sich eine Diskrepanz. Hier scheint eine gewisse Verschiebung des Selbstportraits in Richtung auf das internalisierte Ich-Ideal vorzuliegen.

Zusammenfassend lassen sich aus dem Gesamtgruppenprofil zwei Tendenzen ablesen, einmal eine negativere Selbstbewertung, mit eher geringerer sozialer Resonanz und einem depressiven Verarbeitungsmodus und zum anderen eine positivere Selbsteinschätzung, die soziale Potenz und Dominanz beinhaltet. Letztere Tendenz ist jedoch nur angedeutet. Die einzige deutliche Ausprägung ergibt sich für die Dimension Depressivität.

In den Einstellungsskalen zeigen sich für unsere Gesamtstichprobe ebenfalls keine sehr markanten Normabweichungen: Bezüglich der Mittelwertsankreuzungen liegt sie nahe am 50 %-Rang, es besteht eine leichte Tendenz zu Extremankreuzungen.

Setzt man unser Gesamtgruppen-Profil in Relation zu Mittelwertsprofilen von Psychoneurotikern, psychovegetativen und psychosomatischen Patienten (Ermann <47>, v. Rad <95>), so zeigt unsere

Population eine deutlichere Tendenz zur Mitte; von der Konfiguration her ähnelt es noch am meisten dem Profil psychovegetativer Patienten von Ermann.

In der geschlechtsgetrennten Profildarstellung unserer Gesamtstichprobe läßt sich graphisch bei der weiblichen Gruppe eine etwas negativere Selbstdarstellung erkennen, statistisch ist der Unterschied jedoch nicht signifikant, wie bereits in Kap. 3.3.1.1 erläutert.

### 3.3.2.1 SCL-90-R

Für den SCL-90-R liegen für Männer und Frauen - entsprechend den unterschiedlichen Normen - eigene Profilblätter vor. Demgemäß wurde eine geschlechtsgetrennte Profildarstellung vorgenommen. Im Profil sind sowohl die neun Symptombereiche (I Somatisierung, II Zwanghaftigkeit, III Unsicherheit, IV Depressivität, V Ängstlichkeit, VI Aggressivität und Feindseligkeit, VII Phobische Angst, VIII Paranoides Denken, IX Psychotizismus) als auch die drei Globalindizes (GSI, PSDI, PST) abgebildet. Für die weibliche Geschlechtsgruppe liegen die Durchschnittswerte der Symptombereiche etwa auf demselben Niveau. Im Vergleich zeigen sich beim männlichen Geschlecht eher Schwankungen im Ausprägungsgrad der Dimensionen und eine diskrete Tendenz zu pathologischeren Werten, wobei aber nur die Skala 7 (Phobie) wirklich aus dem Rahmen fällt. Dazu wurde bereits unter 3.3.1.1 Stellung genommen. Den geringsten Ausprägungsgrad zeigt übereinstimmend für beide Geschlechter der Faktor 'Feindseligkeit' (Hos) mit einem T-Score von 60.

Die meisten Dimensionen erreichen jedoch bei beiden Geschlechtsgruppen den cut-off-point für unsere Fall-Definition (T-Score 63) oder überschreiten ihn sogar.

Auch gemessen am GSI-Wert ('Fall' =  $GSI \geq 63$ ) liegt die weibliche ( $GSI = 63$ ) und die männliche ( $GSI = 64$ ) Gesamtgruppe im pathologischen Bereich. Auf der Globalmaßebeine ergeben sich für den GSI (Global Severity Index) und den PST (Positive Symptom Total) für die männliche Gruppe etwas höhere Werte, die jedoch noch nicht als signifikante Unterschiede in Erscheinung treten.

# SCL-90-R SYMPTOM PROFILE

NORM B - NONPATIENT MALES

COPYRIGHT © 1979 BY LEONARD R DEROGATIS PhD

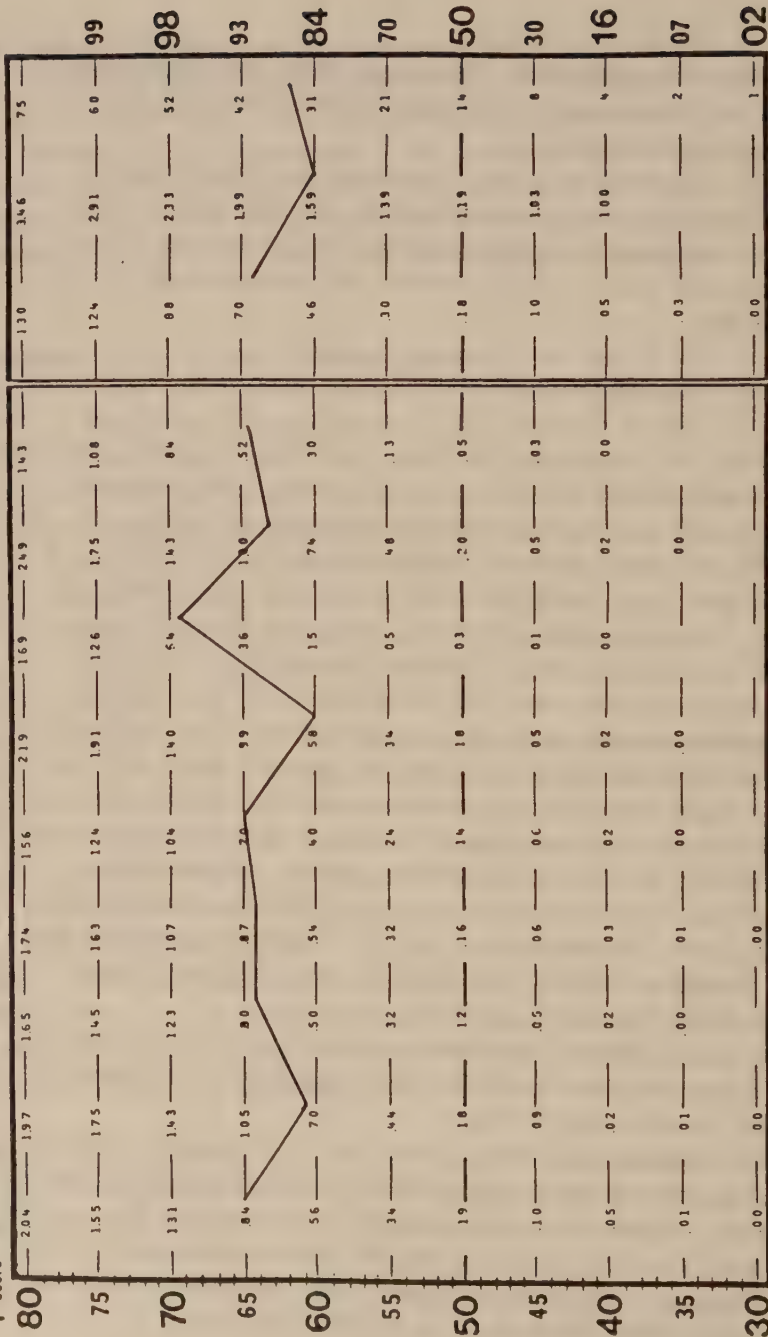
T score

NAME

AGE

DATE

T rank



SOM OC IS DEP ANX NOS PHOB PAR PSY CSI PSDI PST

|     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| T   | 65   | 61   | 64   | 64   | 65   | 60   | 69   | 63   | 64.5 |
| RAW | 0.72 | 0.76 | 0.77 | 0.82 | 0.77 | 0.57 | 0.60 | 0.88 | 0.48 |
|     | 64   | 60   | 60   | 60   | 60   | 60   | 60   | 60   | 60   |
|     | 64   | 60   | 60   | 60   | 60   | 60   | 60   | 60   | 60   |

# SCL-90-R SYMPTOM PROFILE

NORM B - NONPATIENT FEMALES

COPYRIGHT © 1979 BY LEONARD A. DEROGATIS Ph.D.

NAME Mittelwertprofil 9 Gesamtgruppe (N=59)

AGE        DATE       

T-score

Z rank



|    |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |    |
|----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|----|
| 80 | 2.49 | 2.76 | 2.45 | 3.20 | 2.90 | 3.30 | 2.54 | 2.33 | 1.56 | 2.29 | 3.00 | 79 |
| 75 | 2.17 | 2.49 | 2.37 | 2.91 | 2.35 | 2.52 | 2.07 | 2.33 | 1.32 | 1.89 | 2.84 | 70 |
| 70 | 1.89 | 1.81 | 1.55 | 2.17 | 1.59 | 1.51 | 1.49 | 1.61 | 92   | 1.49 | 2.52 | 63 |
| 65 | 1.28 | 1.28 | 1.04 | 1.30 | .99  | .99  | .76  | 1.15 | 60   | .99  | 2.03 | 52 |
| 60 | .76  | .70  | .66  | .83  | .72  | .66  | .36  | .72  | .30  | .60  | 1.75 | 39 |
| 55 | .50  | .54  | .40  | .50  | .40  | .36  | .16  | .36  | .14  | .30  | 1.47 | 27 |
| 50 | .30  | .30  | .22  | .30  | .20  | .19  | .05  | .19  | .05  | .26  | 1.25 | 16 |
| 45 | .16  | .12  | .09  | .14  | .12  | .10  | .03  | .05  | .03  | .15  | 1.00 | 11 |
| 40 | .07  | .05  | .03  | .05  | .05  | .02  | .00  | .02  | .00  | .09  | 1.01 | 7  |
| 35 | .02  | .01  | .00  | .03  | .02  | .00  | .00  | .00  | .00  | .05  | 1.00 | 4  |
| 30 | .00  | .00  | .00  | .00  | .00  | .00  | .00  | .00  | .00  | .02  | .00  | 2  |

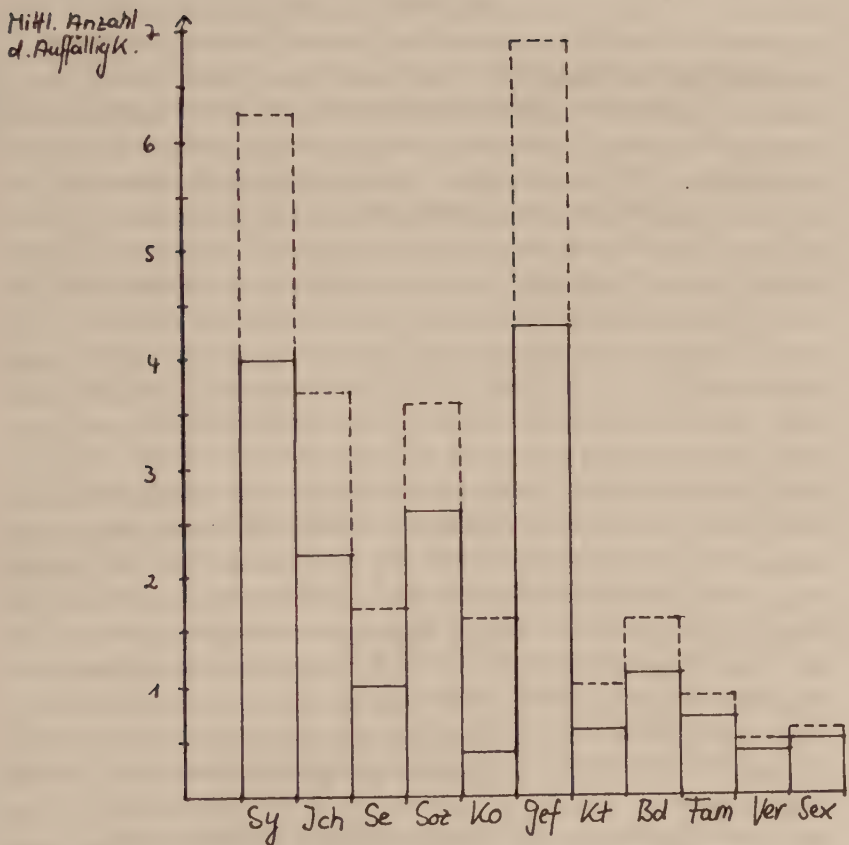
|     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| T   | 63   | 62   | 63   | 62   | 63   | 60   | 63   | 63   | 65   | 63   | 60   | 61   |
| RAW | 1.11 | 0.97 | 0.89 | 1.04 | 0.91 | 0.66 | 0.58 | 0.44 | 0.55 | 0.74 | 1.41 | 1.77 |

Zusammenfassend schälen sich im Gesamtgruppenprofil des SCL-90 - bis auf die Dimension 'Phobische Ängste' bei den Männern - keine Faktoren als deutlich Übergewichtig heraus. Die Symptombereiche sind demnach bezogen auf die Gesamtstichprobe etwa gleich stark repräsentiert. Die Prädominanz der Dimension 'Phobie' bei der männlichen Gruppe wurde in Kap. 3.3.1.1 relativiert und als 'Artefakt' infolge der ungleichen Altersverteilung der Geschlechter in unserer Population gedeutet.

### 3.3.2.3 PSKB

Für unser Fremdbeurteilungsinstrument, den psychischen und sozialkommunikativen Befund nach Rudolf, soll zunächst ebenfalls eine summarische Betrachtung der Gesamtgruppe vorgenommen werden. Entsprechend dem Vorschlag des PSKB-Autors erfolgte die graphische Darstellung der Gesamtstichprobe in Form eines Säulendiagramms, bei dem auf der Abszisse die Symptom-Dimensionen aufgetragen sind, auf der Ordinate die Anzahl der klinischen und subklinischen Auffälligkeiten (wobei unter klinischen Auffälligkeiten die als mittelschwer und schwer ausgeprägten Merkmale zusammengefaßt sind). Die elf Symptomdimensionen (I Symptome im engeren Sinn, II Ich-Erleben, Ich-Gefühl, Ich-Aktivitäten, III Selbstverständnis, IV Soziale Lebensbewältigung, V Kommunikationsstil und -Verständigung, VI Vorherrschende Gefühle zu Menschen, VII Kontaktaufnahme, VIII Bindung an Partner und Freunde, IX Bindung an die Familie, X Reaktion auf Scheitern von Partnerschaften, XI Sexuelle Beziehungen) umfassen den Ich- und zwischenmenschlichen Bereich.

Bei der Profilbetrachtung muß beachtet werden, daß die Säulenhöhe auch in Relation zur Skalenlänge zu sehen ist, die für die einzelnen Dimensionen unterschiedlich ist, z. B. umfaßt Skala I (Symptome im engeren Sinn) zwölf Items, während sich Skala VII (Kontaktaufnahme) nur aus drei Items zusammensetzt; demnach können natürlich in Skala I ggf. mehr Auffälligkeiten kodiert werden als in Skala VII, entsprechend wird auch die Säulenhöhe variieren. Da für den PSKB bisher keine Normen vorliegen, ist nicht bekannt, welches Ausmaß an Auffälligkeiten bei nicht psychisch kranken Patienten zu erwarten ist.



PSKB-Profil : Mittl. Anzahl klin. (—) und  
subklin. (----) Auffälligkeiten d. Gesamtgruppe  
(N = 148)

Ich werde mir daher eine Interpretation weitgehend vorbehalten und mich auf die Deskription beschränken.

Ausgehend von der Gruppeneinteilung Rudolfs - die auf der Anzahl klinischer Merkmale basiert und zwischen Personen mit a) vereinzelten klinischen Auffälligkeiten (0 - 6), b) einem mittleren Maß klinischer Merkmale (7 - 12) und c) einem hohen Maß an klinischen Auffälligkeiten (13) unterscheidet - fällt unsere Gesamtgruppe mit einem durchschnittlichen Auffälligkeitsmaß von 17,7 in die Kategorie 'Hohes Maß an klinischen Auffälligkeiten'. Nach Rudolf werden Patienten, die dieser Kategorie angehören, als klinisch stark auffällig definiert.

Unsere Gesamtpopulation wäre danach als klinisch stark auffällig einzustufen.

Leider existieren bisher nur Profile aus einer Demonstrationsstudie Rudolfs <98> (1981, S. 185 und 186, Abb. 25 und 26), die jedoch wegen fehlender Kontrollgruppen und mangels normierter Werte keinen quantitativen Vergleich mit unserem Gruppenprofil zulassen. Die Untersuchung Rudolfs kann nur zur groben Orientierung dienen: Betrachtet man Neurotiker vor und nach Therapie im Profilvergleich, so finden sich im anfänglichen Neurotikerprofil überwiegend mittelstarke und schwere Markierungen, während sich bei gesunden Neurotikern (nach Therapie) nur noch ein schattenhaftes Profil findet, das sich fast nur noch aus leichten Auffälligkeiten (gestrichelte Linien in der graphischen Darstellung) aufbaut.

Stellen wir unser Profil den Profilen Rudolfs gegenüber, so ist die Ähnlichkeit mit dem ursprünglichen Profil der Neurotiker (vor Therapie) auffallend. Die Geschlechtsdifferenzen der Gesamtstichprobe wurden bereits in Kap. 3.3.1.1 abgehandelt.

### 3.3.3 Psychometrische 'Fall'-Identifikation

#### 3.3.3.1 Die globale Fallrate im Gießen-Test

In Kap. 4 des theoretischen Teils dieser Arbeit wurden die Operationalisierungskriterien für die Fallidentifikation festgelegt. Für den Gießen-Test dient als wichtigster Entscheidungsmaßstab die signifikante Abweichung von der Norm. Nach Beckmann und Richter <13> sind Werte um den 50 %-Rang beim Einzelfall statistisch unbedeutend; Werte unter einem %-Rang von 33 (links) oder einem %-Rang von 67 (rechts) werden beim Einzelfall als statistisch auffällig deklariert. Gemäß dieser Auswertungsvorschrift ließen sich 81 'Fälle' identifizieren, entsprechend 55 % der Gesamtstichprobe. Demnach würde über die Hälfte der von uns mit dem GT-S getesteten Patienten eine Persönlichkeitsstörung aufweisen.

Die genannte 'Fall'-Zahl setzt sich aus 52 männlichen (35 % der Gesamtstichprobe) und 29 weiblichen (20 % der Gesamtgruppe) zusammen. Für die männliche Population errechnet sich eine Fallhäufigkeit von 54 %, für die weibliche Population von 57 %. Für eine endgültige Falleinstufung ist das oben genannte Kriterium sicher nicht ausreichend. Ich möchte hyostasieren, daß gemessen an dem beschriebenen Auswahlprinzip, ein Teil der uns interessierenden Fälle unberücksichtigt bleibt. Ich meine damit Personen mit starker Somatisierungstendenz, die ihre Konflikte nicht psychisch verarbeiten.

Diese Annahme gründet sich vor allem auf andere Untersuchungen mit dem Gießen-Test <38>, <95>, wobei psychosomatische Patienten in ihrer Selbsteinschätzung meist nahe der Norm liegen.

Weiterhin ist vorstellbar, daß hier auch Patienten erfaßt wurden, die ein hohes Maß an Durchlässigkeit besitzen, jedoch keine psychische Störung von Krankheitswert aufweisen.

Wir werden an anderer Stelle, bei dem Versuch, unsere Patientenzahl genauer aufzuschlüsseln, und in Zusammenschau mit unseren anderen Untersuchungsinstrumenten nochmals auf diese Punkte zu sprechen kommen.

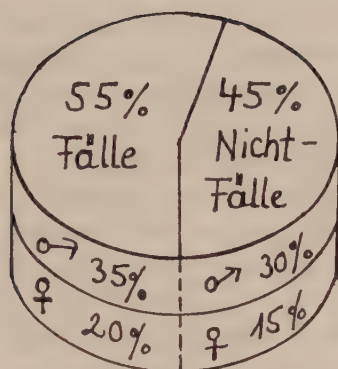
### 3.3.3.2 Die globale Fallrate im SCL-90-R

Für den SCL-90-R existiert eine Falldefinition, die von Derogatis <34> anhand verschiedener Populationen entwickelt wurde. Als cut-off-point für die Einstufung als 'Fall' diene ein GSI-Wert, der einem T-Score von  $\geq 63$  entspricht oder ein T-Score von  $\geq 63$  für zwei Symptomdimensionen. Von unserer Stichprobe erfüllen 83 Patienten dieses Kriterium, das entspricht einer Fallrate von 56 %. Diese Gesamtquote läßt sich in 37 % männliche (= 55) und 19 % weibliche Patienten (= 28) aufspalten. Bezogen auf die männliche Gruppe entspricht dies einem 'Fall'-Anteil von 57 %, bezogen auf die weibliche Gruppe einem 'Fall'-Anteil von 51 %.

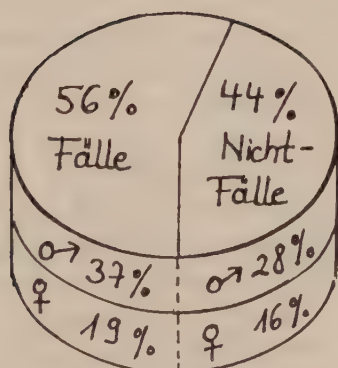
### 3.3.3.3 Die globale Fallrate im PSKB

Als Entscheidungskriterium für die Falldefinition diene beim PSKB ein hohes Maß an klinischen Auffälligkeiten. Es ist definiert als Anzahl von 13 und mehr mittel oder schwer kodierten Merkmalen. Patienten, die dieses Kriterium erfüllen, werden als klinisch stark auffällig bezeichnet. Nach diesem Ausleseverfahren konnten 105 Patienten der Gesamtpopulation als 'Fälle' identifiziert werden, das entspricht einem Anteil von 71 %. Geschlechtsgetrennt betrachtet, setzt sich die Fall-Zahl aus 66 Männern (44,6 % des Kollektivs) und 39 Frauen (26,4 % der Gesamtstichprobe) zusammen. Bezogen auf die männliche Population entspricht dies einem Fall-Anteil von 68 %, bezogen auf die weibliche Gruppe einem Fall-Anteil von 76 %.

Anders als beim SCL-90-R hat die weibliche Population hier eine höhere Fallquote aufzuweisen.

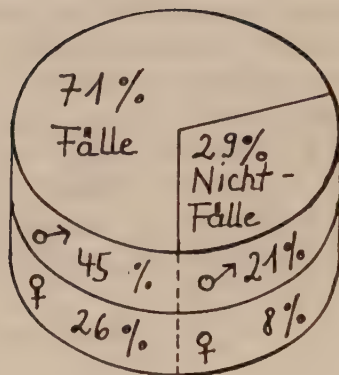


GIEßEN-T.

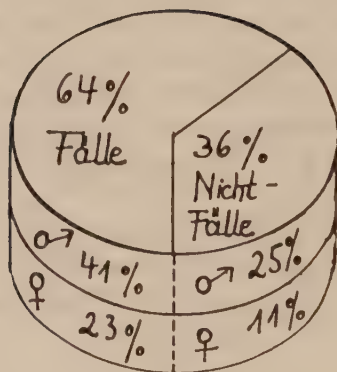


SCL-90-R

Abb. 13



PSKB



INTERVIEW

Abb. 14

### 3.3.4 Versuch einer psychometrischen Fall-Differenzierung

#### 3.3.4.1 Fall-Differenzierung mit dem Gießen-Test

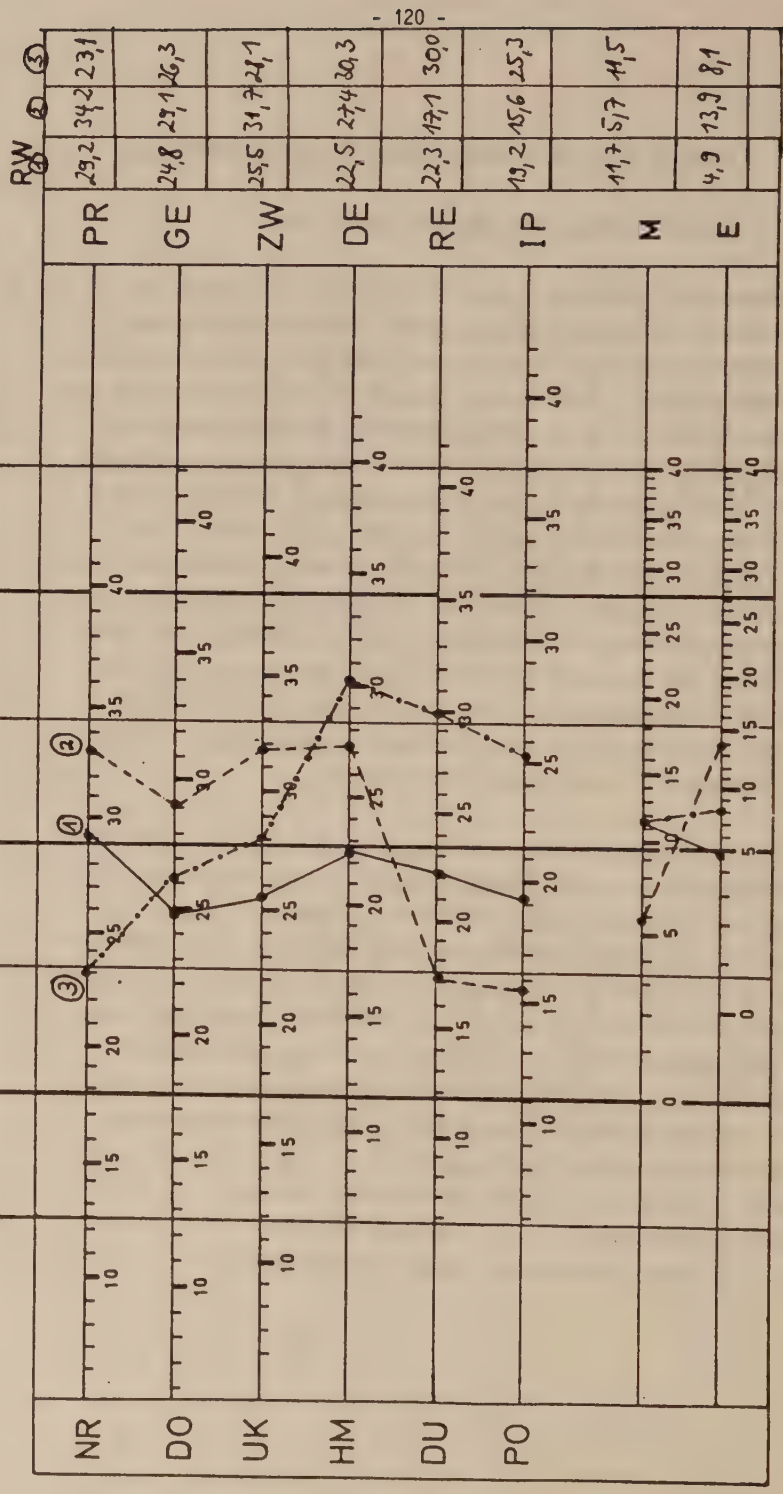
Zur genaueren Aufschlüsselung unserer Population schien mir die Feststellung von Profilähnlichkeiten mit Vergleichspopulationen von psychoneurotischen, psychovegetativen und psychosomatischen Patienten geeignet. Dabei wurden Standardwerte für Neurotiker und Psychosomatiker <119> und Vergleichswerte für psychovegetative Patienten <47> zugrunde gelegt. Mit dem Euklidischen Distanzmaß wurden dann die Profilabstände jedes einzelnen Patienten zu den drei Vergleichsprofilen berechnet. Es resultierten für die meisten Patienten fast identische Abstände zu den Vergleichsgruppen; nur bei sehr wenigen Patienten lag ein kleineres Distanzmaß vor. Signifikanzen wurden aus rechentechnischen Gründen nicht ermittelt. Eines läßt sich aber trotzdem sagen: Bei unseren Patienten scheinen überwiegend Mischbilder vorzuliegen. Eine eindeutige Zuordnung zu der einen oder anderen Störungsgruppe ist aufgrund der vorliegenden Berechnung problematisch.

Um unsere Gesamtpopulation doch noch besser zu strukturieren, unterzogen wir sie einer Cluster-Analyse auf der Basis von GT-Skalen. Sie wurde nach dem 'K-Means Clustering of Cases', entsprechend dem BMDP-System (Statistical Software, INC. 1964 Westwood BLVD. Suite 202 Los Angeles, Kalifornien 90025) durchgeführt. Wir entschieden uns für eine 3-Cluster-Lösung, in der Hoffnung, daß sich unsere Patienten, den drei Hauptstörungsbereichen (psychoneurotisch/psychovegetativ/psychosomatisch) entsprechend, darin abbilden würden. Dabei erhielten wir folgendes Resultat (siehe auch graphische Abbildung):

Cluster 1 ist mit 68 Patienten am stärksten besetzt,  
Cluster 2 konstituiert sich aus 32 Patienten und  
Cluster 3 umfaßt 48 Personen unserer Gesamtstichprobe.

% - Rang  
T 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30 32 34 36 38 40 42 44 46 48 50 52 54 56 58 60 62 64 66 68 70 72 74 76 78 80 82 84 86 88 90

Cluster -  
Mittelwerte



(beurteilt von GT-S)

Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Beruf \_\_\_\_\_ Testdatum \_\_\_\_\_  
Cluster ① (N=68) ————  
Cluster ② (N=32) - - - - -  
Cluster ③ (N=48) . . . . .

Cluster 1 bewegt sich nahe am 50 %-Rang, d. h. im Bereich der allgemeinen Norm. Die insgesamt geringfügigen Abweichungen zeigen eine Links-Tendenz. Die hier erfaßten Patienten schätzen sich als dominanter, unkontrollierter, ein wenig durchlässiger und sozial potenter ein als der Durchschnitt. Sie zeigen ein mittleres Maß an sozialer Resonanz und eine ausgewogene Grundstimmung. Es besteht eine gewisse Tendenz zu Mittelwertsankreuzungen, die Anzahl der Extremwertankreuzungen ist normentsprechend. Zusammenfassend ergibt sich ein eher selbstbewußtes Bild mit Tendenz zur Unauffälligkeit.

Es ist anzunehmen, daß sich in diesem Cluster neben wirklich unauffälligen Patienten vor allem psychosomatische Patienten mit der oft beschriebenen 'Pseudonormalität' wiederfinden. Für die in diesem Cluster befindlichen Patienten wurden im GT in 27 Fällen signifikante Auffälligkeiten gefunden.

Cluster 2, das die kleinste Subgruppe repräsentiert, zeigt deutlich Abweichungen von der Norm, am stärksten in Skala 5 (Durchlässigkeit) und in Skala 6 (soziale Potenz). Akzentuierungen finden sich auch in den Kategorien Zwanghaftigkeit (Skala 3) und Depressivität (Skala 4). Die geringste Betonung weist die Dimension 'Gefügigkeit' auf. Im Bereich der Einstellungsskalen zeigt sich eine starke Neigung zu Extremwertankreuzungen.

Patienten, die diesem Cluster zugeordnet wurden, entwerfen von sich das Bild positiv resonanter, sozial potenter Menschen, die ein großes Maß an Vertrauen und Mittelsamkeit besitzen und sich eher nachgiebig verhalten. Sie stellen damit ihre zwischenmenschliche Interaktion als reibungslos dar, schildern ihr Kontaktverhalten und -verhalten als durchwegs positiv. Die Betonung der Qualitäten Beliebtheit und Anerkennung zeigt, daß es sich hier um Personen handelt, die sehr auf narzißtische Gratifikationen bedacht sind und es anscheinend auch verstehen, diese zu erhalten. Passend dazu erweist sich auch eine gewisse Betonung der Dimension 'Zwanghaftigkeit', die vor allem Items beinhaltet, die sich

an soziokulturellen Wertmaßstäben orientieren (z. B. Ordnungsliebe, Sparsamkeit ...) und aus deren Positiv-Markierung auch wieder soziale Akzeptanz resultiert.

Entsprechend dem emotionalen Antwortstil, der sich im gesamten Profilmuster, insbesondere in der Tendenz zu Extremwertankreuzungen ausdrückt, besteht erwartungsgemäß auch eine Akzentuierung im Bereich 'Grundstimmung'. Daß dabei die Betonung auf 'Depressivität' liegt, läßt eine tiefer sitzende Unsicherheit und Selbstzweifel durchscheinen, die sich hinter der sonst euphorischen Selbstbewertung verbergen.

Mit diesem sehr emotional gefärbten Selbstbild, das eine Tendenz zum Agieren beinhaltet (Häufung von Extremwertankreuzungen), ist am ehesten die extravertierte Erlebnisform hysterisch strukturierter Patienten vereinbar (siehe dazu auch Beckmann und Richter <13>). Es wäre auch denkbar, daß in diesem Cluster Patienten mit einer hypomanisch-depressiven Erlebnisweise zu finden sind. Atypisch ist das hier gezeichnete Bild sicher für schizoid oder vorwiegend zwanghaft strukturierte Patienten, die ihre Emotionalität im allgemeinen nicht an die Oberfläche kehren. Auch die Vorstellungen vom Bild der alexithymen Persönlichkeit lassen sich hier nicht unterbringen. Cluster 2 enthält 22 der Fälle, die im Gießen-Test signifikante Normabweichungen zeigen.

Cluster 3, dem umfangmäßig die zweitstärkste Subgruppe entspricht, rekrutiert sich aus Patienten, die ein negatives Selbstbild entwerfen. Bezogen auf die Norm und im Vergleich mit den anderen beiden Clustern weichen sie erheblich in Richtung Depressivität (Skala 4) ab. Außerdem stellen sie ihre geringe soziale Resonanz und Potenz stark in den Vordergrund. Charakteristisch für Angehörige dieses Clusters ist weiterhin eine retentiv-mißtrauische, verschlossene Haltung. Eine geringfügige Normabweichung ist in Skala 2 (Dominanz) zu erkennen. Es besteht ein mittleres Maß an Kontrolle (Skala 3). In den Einstellungsskalen

läßt sich eine sehr diskrete Tendenz zu Mittelwert- und Extremwertankreuzungen ablesen. Dieses Portrait entspricht dem eines eher unglücklichen Menschen, dem das Vertrauen in sich selbst und zu anderen fehlt, der sich nicht akzeptiert und ungeliebt fühlt. Dieses negative Selbstverständnis wird natürlich auch in der depressiven Grundstimmung und in der gestörten Kontaktfähigkeit reflektiert.

Es ist denkbar, daß die Tendenz zur Dominanz einen Versuch bedeutet, die narzißtischen Kränkungen, das Liebesdefizit sowie die Angst vor Selbsthingabe zu kompensieren, sich auf diese Weise Geltung zu verschaffen, Aggressionen abzureagieren und eine gewisse Autonomie zu demonstrieren.

Das hier entworfene Selbstbild entspricht am ehesten einem Neurotikerprofil. Stellt man ihm das Neurotiker-Durchschnittsprofil <13> gegenüber und vergleicht man es mit dem Profil, das Beckmann und Richter <13> am häufigsten bei Neurotikern beobachtet haben, so sind auffallende Ähnlichkeiten festzustellen. Bezogen auf die Neurosenstruktur würden die beschriebenen Akzentuierungen am ehesten einer depressiv-schizoiden Persönlichkeit entsprechen, auch eine depressiv-zwanghafte Strukturierung wäre vorstellbar.

Cluster 3 enthält im Cluster-Vergleich die größte Anzahl von Patienten mit signifikanten Auffälligkeiten (32 Personen, die sich bedeutsam von der Norm unterscheiden). - Nach dieser inhaltlichen Interpretation der drei Cluster-Gruppen gilt es noch anzumerken, daß es nur wenige Patienten gibt, die diesen Cluster-Bildern in idealtypischer Weise entsprechen. Aufgrund der Computer-Auswertung ergibt sich für viele unserer Patienten ein relativ großer Abstand zum Cluster-Zentrum. Ausgehend vom Cluster-Zentrum wurde für die Patienten in Cluster 1 eine durchschnittlicher Distanz von 8,3733 berechnet, für die zu Cluster 2 gehörigen Personen ein durchschnittlicher Abstand von 9,7147 und für die Patienten in Cluster 3 eine mittlere Distanz von 9,4145.

Geht man von der isolierten Cluster-Betrachtung zu einer Synopsis der Subgruppen über, so sind zwischen den einzelnen Clustern erhebliche Überlappungszonen festzustellen. Dies wird durch eine computertechnisch erstellte Graphik veranschaulicht, die alle Patienten auf einer Ebene durch die Cluster-Zentren abbildet. Dabei weisen Cluster 2 und 3 noch die geringste Überlappung auf; beträchtliche Überlappungsareale ergeben sich jedoch zwischen Cluster 1 und 2 bzw. Cluster 1 und 3.

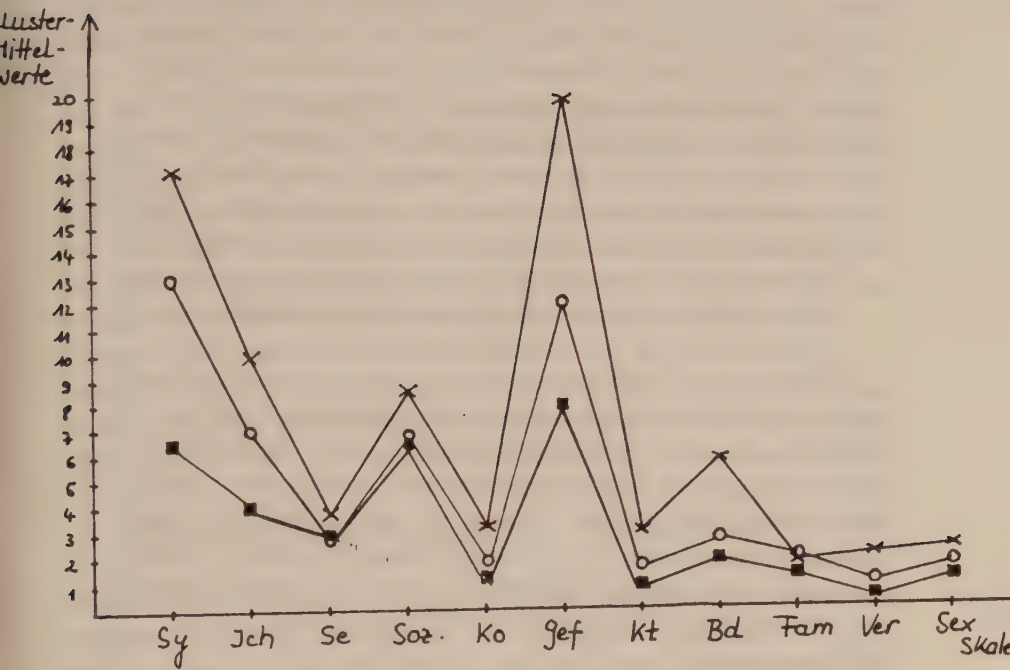
Damit bestätigt sich die Tendenz zu Mischbildern, die bereits mit dem Euklidischen Abstandsmaß zum Ausdruck kam.

#### 3.3.4.2 Fall-Differenzierung mit dem SCL-90-R

Aus rechentechnischen Gründen konnte hier leider keine Cluster-Analyse vorgenommen werden. Wir müssen daher auf andere Möglichkeiten der Fall-Differenzierung zurückgreifen. Sortiert man die Fälle (T-Score  $\geq 63$  für den GSI oder 2 Symptomdimensionen) auf Skalenniveau nach Auffälligkeiten (cut-off-point  $\geq 63$ ), so läßt sich ein Überblick bezüglich der Hauptstörungsbereiche gewinnen: Am häufigsten vertreten ist der Bereich 'Ängstlichkeit' (Skala 5) mit insgesamt 67 Markierungen, die den cut-off-point überschreiten; es folgen Skala 4 'Depressivität' (57 Fälle mit T-Score  $\geq 63$ ), Skala 1 'Somatisierung' (56 Fälle mit T-Score  $\geq 63$ ) und Skala 9 'Psychotizismus' (55 Fälle mit T-Score  $\geq 63$ ). Weniger stark repräsentiert sind die Störungsbereiche 'Zwanghaftigkeit' (Skala 2), 'Unsicherheit im Sozialkontakt' (Skala 3), 'Phobische Angst' (Skala 7) und 'Paranoides Denken' (Skala 8), die etwa denselben Auffälligkeitspegel aufweisen mit 47 bis 48 relevanten Markierungen. Die Dimension 'Aggressivität und Feindseligkeit' erreicht nur bei 30 Patienten das Kriterium T-Score  $\geq 63$ ).

#### 3.3.4.3 Fall-Differenzierung mit dem PSKB

Wie beim Gießen-Test wurde auch hier zur Aufschlüsselung der Fall-Population eine Cluster-Analyse vorgenommen. Sie wurde ebenfalls mit dem 'K-Means Clustering of Cases' (BMDP-System) als



PSKB: Clusteranalyse der  
Gesamtstichprobe (N=148)

x — x Cluster ① (N=36)  
o — o Cluster ② (N=52)  
■ — ■ Cluster ③ (N=60)

3-Cluster-Lösung durchgeführt. Unsere Gesamtstichprobe (N = 148) wurde dabei in folgende Subgruppen eingeteilt:

Cluster 1, das sich aus 36 Patienten konstituiert,

Cluster 2, zusammengesetzt aus 52 Patienten und

Cluster 3, die größte Subgruppe, bestehend aus 60 Patienten.

Betrachtet man die graphische Darstellung der Cluster-Mittelwerte für die elf Symptomdimensionen, so findet man eine sehr ähnliche Konfiguration der drei Cluster-Kurven. Sie verlaufen über weite Strecken nahezu parallel, es ergeben sich praktisch keine Überschneidungen, nur vereinzelt Berührungspunkte, zwischen Cluster 2 und 3 in den Dimensionen 'Selbstverständnis', 'Sozialverhalten', 'Kontaktverhalten' und zwischen Cluster 1 und 2 im Bereich 'Familie'. An wesentlichen Informationen ist aus dem Kurvenverlauf nur zu entnehmen, daß die Cluster - und zwar von Cluster 1 nach 3 - eine abfallende Tendenz bezüglich des Schweregrades zeigen.

Darüber hinaus läßt sich hier schwer eine Profil-Typisierung vornehmen, wie das zum Beispiel beim Gießen-Test erfolgt ist. Die PSKB-Cluster-Analyse liefert uns folglich in erster Linie eine Differenzierung nach dem Ausprägungsgrad psychischer Störungen. Erwartungsgemäß finden sich demnach alle 36 dem Cluster 1 zugehörigen Patienten auch in der PSKB-Fall-Population wieder, nahezu alle im Cluster 2 befindlichen Patienten wurden im PSKB ebenfalls als Fälle identifiziert, Cluster 3 trägt nur mit 20 Patienten zur PSKB-Fallrate bei.

Betrachtet man die computertechnisch erstellte Graphik, die alle Patienten auf einer Ebene durch die Cluster-Zentren abbildet, so ergeben sich für Cluster 1 und 3 keine Überlappungen; zwischen Cluster 1 und 2 sowie zwischen 2 und 3 liegen jedoch Überlappungszonen vor.

Der durchschnittliche Abstand vom jeweiligen Cluster-Zentrum beträgt für Cluster 1 8,3590, für Cluster 2 7,2120 und für Cluster 3 6,2349.

### 3.4 Ergebnisse auf der kritisch-hermeneutischen Ebene

#### - Fall-Identifikation mit dem Interview

Aufgrund der im theoretischen Teil genau dargelegten Auswahlkriterien (konfliktbedingte Krankheitsauslösung, pathologische Verarbeitungsmodi, belastende Frühgenese, strukturelle Defekte) wurden im Interview 94 Fälle gegenüber 54 Nicht-Fällen unserer Gesamtstichprobe ermittelt. Das entspricht einer Fallrate von 64 %, bezogen auf unsere Gesamtpopulation. Das Fall-Kollektiv teilt sich auf in 60 Männer (41 % der Gesamtstichprobe) und 34 Frauen (23 % der Gesamtgruppe). Bezogen auf die männliche Population errechnet sich eine Fallquote von 62 %, die Fall-Häufigkeit beim weiblichen Kollektiv liegt mit 67 % etwas höher. Patienten, bei denen nur somatopsychische Zusammenhänge nachweisbar waren und keine Indizien für eine Störung der psychischen Primärstruktur bestanden, wurden den Nicht-Fällen zugerechnet. Die kritisch-hermeneutische Vorgehensweise, die die Vielzahl der Einzelbefunde aus dem Interview durch Interpretation und Deutung zu einer hypothetischen Sinngestalt zusammenfügt, soll später an einem exemplarischen Fall veranschaulicht werden.

### 3.5 Synopsis von Interview und psychometrischen Verfahren

Zunächst soll eine Gegenüberstellung der mit den einzelnen Untersuchungsinstrumenten ermittelten Fall-Raten erfolgen (siehe dazu auch Abbildung 13 und 14). Für die Selbstbeurteilungsinstrumente konnten ähnliche globale Fallquoten errechnet werden: Mit dem Gießen-Test 55 % (N = 81) und mit dem SCL-90-R 56 % (N = 83), jeweils gemessen an der Gesamtstichprobe. Bei der Fremdbeurteilung ergaben sich demgegenüber höhere Fallraten: 64 % (N = 94) aufgrund der Interview-Beurteilung und 71 % (N = 105) mit dem PSKB, dem Dokumentationssystem für psychische und sozialkommunikative Befunde. Nimmt man die mit dem Interview erschlossenen Fälle (N = 94) als Basisrate, so erbringt der Vergleich mit den Ergebnissen der anderen Untersuchungsinstrumente die folgenden Übereinstimmungen und Abweichungen:

## 1. Vergleich Interview/Gießen-Test

57 der im Interview ermittelten Fälle wurden mit dem GT-S aufgrund signifikanter Normabweichungen ebenfalls als Fälle eingestuft. 24 im GT-S ebenfalls infolge des genannten Kriteriums identifizierte Fälle erhielten bei der Interview-Beurteilung keine Fall-Diagnose. 37 Patienten wurden - gemessen an der Interview-Fallzahl von 94 - mit dem GT-S nicht als Fälle aufgedeckt. Prozentual ausgedrückt, wurden 61 % der Interview-Fälle mit dem GT-S übereinstimmend diagnostiziert.

In Zusammenschau mit der GT-Cluster-Analyse fallen von den 94 auf Interview-Basis ermittelten Fällen 33 Patienten in Cluster 1, 21 in Cluster 2 und 40 in Cluster 3. Bezogen auf die ursprünglichen Cluster-Umfänge (Cluster 1 N = 68, Cluster 2 N = 32, Cluster 3 N = 48) gehen in Cluster 3 - für das ein typisches Neurotikerprofil erstellt werden konnte - die meisten Fälle ein. Auch Cluster 2 - dessen Profil am ehesten hysterische und hypomanisch-depressive Züge zeigt - erfaßt gemessen an dem relativ kleinen Clusterumfang einen verhältnismäßig großen Anteil der Fälle. Cluster 1, die umfangmäßig stärkste Gruppe, die am wenigsten neurosentypische Züge trägt und noch am ehesten Charakteristika im Sinne der 'Alexithymie' aufweist, vermochte am wenigsten nach Fällen und Nicht-Fällen zu differenzieren.

## 2. Vergleich Interview/SCL-90-R

69 der im Interview als Fälle eingeordneten Patienten wurden auch im SCL-90-R entsprechend eingestuft, d. h., 69 der positiven Interview-Diagnosen (73 %) wurden psychometrisch bestätigt. 40 der im Interview als 'Nicht-Fälle' deklarierten Patienten wurden auch aufgrund der Symptom-Checkliste als Fälle bezeichnet. Nimmt man Fälle und Nicht-Fälle zusammen, so wurde bei 109 Patienten eine übereinstimmende Zuordnung erzielt. 25 Patienten wurden im Interview als Fälle identifiziert, obwohl im SCL-90-R die Fall-Kriterien nicht ausreichten.

14 Patienten, die nach dem Interview als Nicht-Fälle eingeschätzt wurden, fielen laut SCL-90-R unter die Fall-Kategorie. - EDV-technisch wurde ein  $\chi^2$ -Test durchgeführt, um zu überprüfen, ob die Übereinstimmung in der Fall-Zuordnung zwischen beiden Untersuchungsmethoden den (zufällig) erwarteten Häufigkeiten entspricht. Dabei fand sich ein hochsignifikanter Unterschied, d. h., die Fall-Diagnosen im Interview entsprechen den SCL-Diagnosen sehr viel mehr als man Zufallseinflüssen zuschreiben könnte.

Bei 39 Personen der Gesamtpopulation liegt jedoch eine Diskrepanz in der Zuordnung vor.

### 3. Vergleich Interview/PSKB

82 der im Interview als Fälle identifizierten Patienten (87 %) wurde auch im PSKB die Fall-Diagnose zuerkannt.

38 der Patienten, die im Interview unter die Kategorie 'Nicht-Fälle' fielen, wurden mit dem PSKB genauso eingestuft. Das ergibt zusammengenommen eine übereinstimmende Zuordnung bei 120 Personen unserer Gesamtstichprobe.

12 Patienten, die laut Interview als Fälle etikettiert wurden, konnten im PSKB das Fall-Kriterium nicht erfüllen.

16 Patienten, die im PSKB der Fall-Definition genügten, wurde im Interview keine Fall-Diagnose zuerkannt. Auch hier konnte mit dem  $\chi^2$ -Test eine überzufällige Kongruenz in der diagnostischen Zuordnung nachgewiesen werden, die hochsignifikant ist.

Bei 28 Patienten hat sich allerdings eine Diskrepanz in der diagnostischen Einstufung ergeben.

### 4. Vergleich Interview/Life-Event-Fragebogen

Von den insgesamt 14 Patienten der Gesamtstichprobe, denen aufgrund des Life-Event-Fragebogens ein hohes Morbiditätsrisiko zuerkannt wurde, haben 12 im Interview eine Fall-Diagnose erhalten.

Von den 29 Personen mit mittlerem Morbiditätsrisiko tragen 21 zu unserer Fall-Quote bei. 61 'Interview-Fälle' rekrutieren sich aus der Personen-Gruppe mit geringem Morbiditätsrisiko, die 105 Patienten umfaßt. Damit setzt sich die im Interview ermittelte Fall-Population zu 13 % aus Patienten mit hohem, zu 22 % aus Personen mit mittlerem und zu 65 % aus Patienten mit niedrigem Morbiditätsrisiko zusammen.

Nimmt sich der Anteil mit hohem und mittlerem Morbiditätsrisiko auch eher schwächig aus, so muß doch gesagt werden, daß bei den Gruppen mit mittlerem und hohem Morbiditätsrisiko die 'Fälle' eindeutig überwiegen.

Zusammenfassend finden sich bei der Synopsis unserer Untersuchungsinstrumente zwar überwiegend Übereinstimmungen bei der Fall-Identifikation, trotzdem bleiben gewisse Diskrepanzen bestehen, die es aufzulösen gilt. Dies soll im Rahmen der späteren Diskussion versucht werden. Um über die Schwankungen in den Fallraten hinweg zu einer effektiven Fallquote zu gelangen, wurden die nur psychometrisch identifizierten 'Fälle', die nach dem Interview der Kategorie 'Nicht-Fälle' zugehören, eliminiert, d. h., sie gingen nicht in die im Mehrfachdiagnosen-Schema verschlüsselte Fallrate ein. Diese Entscheidung entspricht unseren Überlegungen zur Fallidentifikation in Kap. 4 des theoretischen Teils, wonach die endgültige Fall-Einstufung am Interview festgemacht werden sollte. Dem Interview wird Prävalenz eingeräumt, nachdem es die Fülle von Einzelbefunden vor dem lebensgeschichtlichen Hintergrund betrachtet und auf dieser Basis komplizierte psychische Interdependenzen eher aufdecken und verständlich machen kann. Allein schon vom zeitlichen Aufwand her - 1 1/2 bis 4 Stunden pro Patient - kommt dem Interview mehr Gewicht zu.

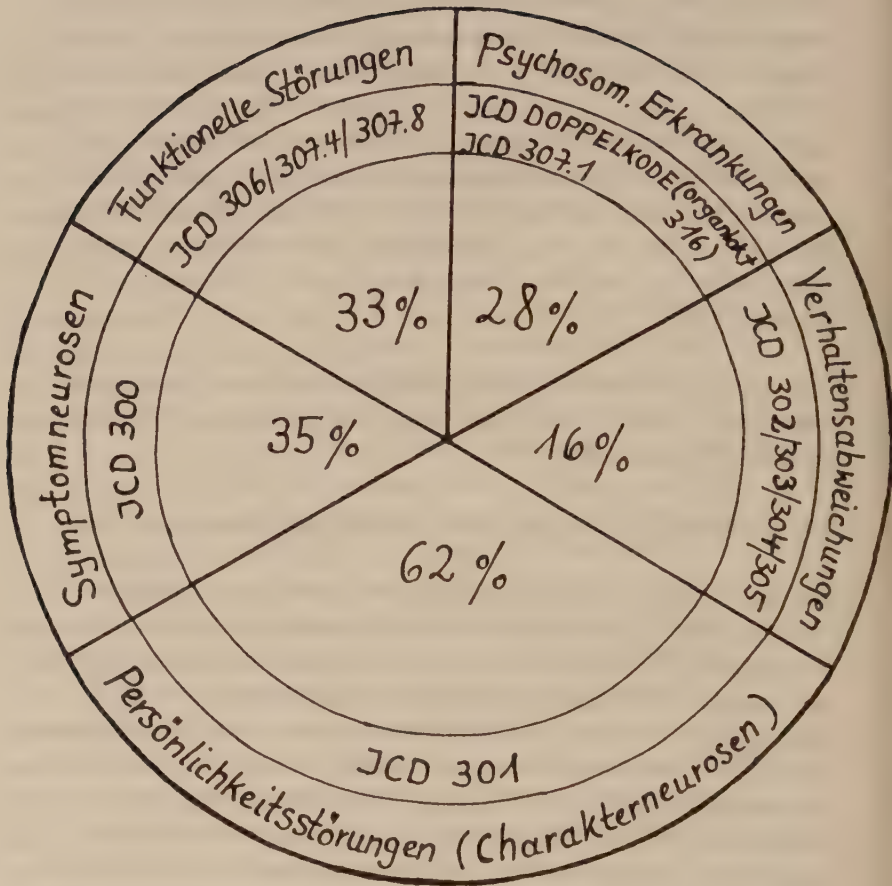
Bei den so ermittelten 'effektiven Fällen' wurde in Zusammenschau aller eingesetzten Untersuchungsinstrumente, einschließlich der Daten aus dem Krankenblatt, eine integrierte Diagnose erstellt. Auf dieser Grundlage ließ sich folgendes Störungs-Spektrum (siehe auch Abb. 15) ermitteln: Bei 52 Patienten (35 %) konnten Symptom-

neurosen diagnostiziert werden, 6 Patienten (4 %) zeigten psychogene Reaktionen, 49 Patienten (33 %) wiesen körperliche Symptome ohne Gewebläsion (funktionelle Beschwerden) auf, bei 41 Personen (28 %) lag eine Körpersymptomatik mit Gewebläsion und wahrscheinlich psychogener Mitverursachung (psychosomatische Erkrankungen im engeren Sinn) vor. Persönlichkeitsstörungen waren bei 91 Patienten (62 %) zu erkennen, wobei meist Mischstrukturen vorlagen; dabei prädominierten die depressiven und zwanghaften Persönlichkeitsanteile. Verhaltensabweichungen (sexuelle Verhaltensabweichungen und -störungen, Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit oder -mißbrauch ohne Abhängigkeit) fanden sich bei 24 Patienten (16 %). In zwei Fällen mußte außerdem eine Psychose diagnostiziert werden.

Die unterrepräsentierten Störungsbereiche (Psychosen, psychogene Reaktionen) wurden nicht in das nachstehend abgebildete Störungsspektrum eingezeichnet.

### 3.6 Klassifikation der Fälle nach dem Mehrfach-Diagnosen-Schema

Sämtliche Fälle wurden entsprechend dem Mehrfachdiagnosenschema (S. 65) beurteilt und mit ICD-Nummern versehen (siehe nachfolgende Auflistung). In Modifikation des ursprünglichen Schemas wurde die Kategorie 'Psychose' mit hinzugenommen; unter die Rubrik 'Körpersymptomatik ohne Gewebläsion' wurden neben der ICD-Nummer 306 noch die ICD-Diagnose 307.4 (Schlafstörungen) und 307.8 (Psychalgie) eingereiht, die unserem Verständnis nach ebenfalls funktionelle Störungen darstellen; in die Kategorie 'Körpersymptomatik mit Gewebläsion und wahrscheinlich psychischer Mitverursachung', die psychosomatische Störungen im engeren Sinn umfaßt (ICD-Doppelcode: organlokatorische Kodierung und ICD-Nummer 316 für psychische Mitverursachung) wurde noch die Anorexia nervosa aufgenommen mit der ICD-Nummer 307.1, die wir mit zu den psychosomatischen Störungen rechnen, obwohl sie sicher eine Sonderposition einnimmt (Von Palazzoli <89> wird sie z. B. zwischen Depression und schizoider Paranoia angesiedelt). Für diese ICD-Diagnose ist im ICD-Diagnosenschlüssel keine Doppelkodierung vorgesehen.



Störungsspektrum (prozentualer Anteil der Störungsbereiche an d. Gesamtstichprobe)

Abb. 15

Tabelle 3 u. 4

Häufigkeit von Symptom-Neurosen (ICD-Diagnosen) bei den Fällen

| Neurosenart                            | ICD   | Diagnose-Häufigkeit<br>= f |
|----------------------------------------|-------|----------------------------|
| Angstneurose                           | 300.0 | 18                         |
| Hysterische Neurose                    | 300.1 | 3                          |
| Phobie                                 | 300.2 | 18                         |
| Zwangsneurose                          | 300.3 | 3                          |
| Neurotische Depression                 | 300.4 | 29                         |
| Neurot. Depersonalisations-<br>syndrom | 300.6 | 1                          |
| Hypochondrische Neurose                | 300.7 | 1                          |
| f <sub>gesamt</sub>                    |       | 73                         |

Neurosen-diagnostische Zuordnung der Patienten

| Neurosenart             | ICD             | Patienten-Anzahl<br>= N |
|-------------------------|-----------------|-------------------------|
| Angstneurose            | 300.0           | 8                       |
| Hysterische Neurose     | 300.1           | 1                       |
| Phobie                  | 300.2           | 9                       |
| Neurotische Depression  | 300.4           | 20                      |
| Hypochondrische Neurose | 300.7           | 1                       |
| Neurosen-Mischbilder    | 300.0-<br>300.7 | 13                      |
| N <sub>gesamt</sub>     |                 | 52                      |

Tabelle 5

Häufigkeit funktioneller Störungen (ICD-Diagnosen) bei den Fällen

| Organsystem                                              | ICD   | Diagnose-Häufigkeit<br>= f |
|----------------------------------------------------------|-------|----------------------------|
| Atmungsorgane                                            | 306.1 | 4                          |
| Herz- und Kreislaufsystem                                | 306.2 | 24                         |
| Magen-Darm-Trakt                                         | 306.4 | 20                         |
| Urogenitalsystem                                         | 306.5 | 4                          |
| Endokrines System                                        | 306.6 | 1                          |
| N.n.bez. funktionelle Störungen<br>psychischen Ursprungs | 306.9 | 13                         |
| Schlafstörungen                                          | 307.4 | 4                          |
| Psychalgie                                               | 307.8 | 11                         |
| f <sub>gesamt</sub>                                      |       | 81                         |

Tabelle 6

Häufigkeit psychosomatischer Erkrankungen im engeren Sinne  
ICD-Diagnosen) bei den Fällen

| Organlokalisation                 | ICD                      | Diagnose-Häufigkeit<br>= f |
|-----------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Essentielle Hypertonie            | 401/316                  | 15                         |
| Ulcus duodeni                     | 532/316                  | 7                          |
| Ulcus ventriculi                  | 531/316                  | 2                          |
| Gastritis und<br>Gastroduodenitis | 535/316                  | 4                          |
| M. Crohn                          | 555/316                  | 4                          |
| Adipositas                        | 278.0/ 316               | 7                          |
| Anorexia nervosa                  | 307.1                    | 3                          |
| Asthma bronchiale                 | 493.9/ 316               | 2                          |
| Paroxysmale Tachykardie           | 427.2/ 316               | 2                          |
| Migräne                           | 346.9/ 316               | 6                          |
| Hauterkrankungen                  | 691.8/ 316<br>692.9/ 316 | 2                          |
| f <sub>gesamt</sub>               |                          | 54                         |

Tabelle 7

Häufigkeit von Persönlichkeitsstörungen  
ICD-Diagnosen) bei den Fällen

| Persönlichkeitsstruktur    | ICD   | Diagnose-Häufigkeit<br>= f |
|----------------------------|-------|----------------------------|
| Paranoide Persönlichkeit   | 301.0 | 10                         |
| Depressive Persönlichkeit  | 301.1 | 64                         |
| Schizoide Persönlichkeit   | 301.2 | 13                         |
| Erregbare Persönlichkeit   | 301.3 | 4                          |
| Zwanghafte Persönlichkeit  | 301.4 | 61                         |
| Hysterische Persönlichkeit | 301.5 | 26                         |
| Asthenische Persönlichkeit | 301.6 | 1                          |
| f <sub>gesamt</sub>        |       | 179                        |

Mehrfach - Diagnosen - Schema ( ICD - Diagnosen )

| Pat.-Nr.<br>'Fälle' | Psychische Symptomatik |                        | Körperl. Symptomatik<br>wahrscheinl. psych. Ursprungs |                                              |                         |
|---------------------|------------------------|------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------|
|                     | Neurose                | Psychogene<br>Reaktion | ohne<br>Gewebs-<br>läsion                             | mit Gewebsläsion<br>a) Organ-<br>lokatorisch | b) Psych.<br>Mitverurs. |
|                     | ICD 300.0-<br>300.9    | ICD 308<br>309         | ICD 306<br>307.4<br>307.8                             | ICD f.jew.<br>org.Sympt.                     | ICD 316<br>307.1        |
| 2                   | 300.4                  |                        |                                                       | 401.1                                        | 316                     |
| 3                   |                        |                        | 306.4<br>307.8                                        |                                              |                         |
| 5                   |                        |                        | 307.8                                                 | 278.0                                        | 316                     |
| 9                   |                        |                        | 306.2<br>306.9                                        | 401.9<br>346.9                               | 316<br>316              |
| 10                  |                        |                        | 306.2<br>306.9                                        |                                              |                         |
| 12                  | 300.4                  |                        |                                                       |                                              |                         |
| 13                  | 300.4                  |                        |                                                       |                                              |                         |
| 14                  |                        |                        |                                                       | 532.9                                        | 316                     |
| 16                  | 300.0                  |                        | 306.2<br>307.4                                        |                                              |                         |
| 17                  | 300.2                  |                        |                                                       |                                              |                         |
| 18                  |                        |                        |                                                       | 555.9                                        | 316                     |

|    |       |       |                         |                |            |
|----|-------|-------|-------------------------|----------------|------------|
| 21 | 300.4 |       |                         |                |            |
| 22 |       |       |                         |                |            |
| 23 |       |       | 306.2                   |                |            |
| 24 | 300.4 |       |                         |                |            |
| 25 |       |       | 306.2                   |                |            |
| 26 | 300.4 |       |                         |                | 307.1      |
| 27 | 300.4 |       |                         | 532.9          | 316        |
| 29 | 300.2 |       |                         |                |            |
| 34 | 300.7 |       | 306.9<br>306.4<br>307.4 |                |            |
| 35 |       |       |                         |                |            |
| 36 |       | 309.1 | 306.9                   | 427.2          | 316        |
| 37 |       |       | 306.9                   |                |            |
| 38 |       |       | 306.4<br>307.8          |                |            |
| 39 | 300.2 |       | 306.1<br>306.2<br>307.8 | 401.2          | 316        |
| 42 |       |       | 306.9                   | 427.9<br>401.9 | 316<br>316 |

|    |                         |       |                                  |                |            |
|----|-------------------------|-------|----------------------------------|----------------|------------|
| 44 | 300.2                   |       |                                  |                |            |
| 46 |                         | 309.1 |                                  |                |            |
| 47 | 300.0<br>300.1          |       | 306.1<br>306.2<br>307.8          |                |            |
| 51 |                         |       | 306.1<br>306.4                   |                |            |
| 52 | 300.2                   |       |                                  | 401.9          | 316        |
| 54 | 300.2                   |       | 306.2                            |                |            |
| 55 |                         |       |                                  | 555.9          | 316        |
| 57 | 300.0<br>300.4          |       | 306.1<br>306.4<br>306.5<br>307.8 |                |            |
| 58 |                         |       | 307.8                            | 401.9          | 316        |
| 60 | 300.4                   |       |                                  |                |            |
| 63 |                         | 309.1 | 306.9                            |                |            |
| 64 | 300.0                   |       | 306.2<br>306.9<br>307.8          |                |            |
| 65 |                         |       |                                  | 555.9          | 316        |
| 67 | 300.0<br>300.2<br>300.4 |       | 306.2                            |                |            |
| 70 |                         |       | 306.4<br>306.5                   | 555.1<br>551.9 | 316<br>316 |

|    |                         |  |                         |                |            |
|----|-------------------------|--|-------------------------|----------------|------------|
| 71 |                         |  | 306.6                   | 278.0          | 316        |
| 72 |                         |  | 306.2<br>306.4<br>306.9 | 401.9          | 316        |
| 73 |                         |  |                         |                |            |
| 74 |                         |  |                         | 535.5          | 316        |
| 77 | 300.0<br>300.2<br>300.3 |  | 306.4<br>306.9          |                |            |
| 78 | 300.1                   |  | 306.2<br>306.4          |                |            |
| 79 | 300.4                   |  |                         | 278.0          | 316        |
| 80 |                         |  | 307.8<br>306.4          | 532.9          | 316        |
| 81 |                         |  |                         | 493.9<br>691.8 | 316<br>316 |
| 83 |                         |  | 306.2                   |                |            |
| 84 | 300.0                   |  |                         |                |            |
| 85 |                         |  | 307.4                   | 346.9          | 316        |
| 89 | 300.0                   |  | 306.2                   | 401.9          | 316        |
| 91 | 300.2                   |  | 306.2                   |                |            |
| 92 |                         |  | 306.2<br>306.4<br>307.8 |                |            |

|     |                |       |                         |                |            |
|-----|----------------|-------|-------------------------|----------------|------------|
| 93  | 300.4          |       | 306.2                   | 346.9          | 316        |
| 94  | 300.2<br>300.3 |       |                         | 401.9<br>278.0 | 316<br>316 |
| 95  |                |       | 306.4                   | 278.0          | 316        |
| 96  | 300.0          |       | 306.2                   | 401.9<br>278.0 | 316<br>316 |
| 98  | 300.4          |       | 306.5                   | 535.5          | 316        |
| 99  |                |       | 306.4<br>306.9          | 493.9          | 316        |
| 100 | 300.2          |       |                         | 692.9<br>278.0 | 316<br>316 |
| 102 |                |       |                         |                | 307.1      |
| 103 |                |       |                         | 401.9          | 316        |
| 104 | 300.0          |       |                         |                |            |
| 106 | 300.4          |       |                         |                |            |
| 108 | 300.4          |       | 306.2<br>306.4<br>306.9 |                |            |
| 109 | 300.0          |       | 306.2<br>306.4<br>306.9 |                |            |
| 110 | 300.4          |       | 306.2                   | 346.9          | 316        |
| 111 |                | 309.1 |                         |                |            |

|     |                         |  |                |                |            |
|-----|-------------------------|--|----------------|----------------|------------|
| 112 | 300.4                   |  | 306.2          | 401.9<br>535.5 | 316<br>316 |
| 115 |                         |  |                | 555.9          | 316        |
| 116 | 300.4                   |  |                |                |            |
| 117 |                         |  |                |                |            |
| 118 |                         |  | 306.4          |                |            |
| 119 | 300.2                   |  | 307.4          | 401.9          | 316        |
| 120 | 300.0<br>300.2          |  | 306.4          |                |            |
| 122 |                         |  | 306.4<br>306.5 |                | 307.1      |
| 123 | 300.4                   |  | 307.8          | 532.9          | 316        |
| 126 | 300.4                   |  |                |                |            |
| 128 | 300.2<br>300.4          |  |                |                |            |
| 131 | 300.0<br>300.3<br>300.4 |  | 306.2          | 346.9          | 316        |
| 132 | 300.2<br>300.4          |  | 306.4          |                |            |
| 133 | 300.0<br>300.2<br>300.4 |  | 306.2<br>306.4 | 401.9          | 316        |
| 134 |                         |  |                | 552.9          | 316        |

|     |                                  |       |  |                |            |
|-----|----------------------------------|-------|--|----------------|------------|
| 135 | 300.4                            |       |  |                |            |
| 137 | 300.0<br>300.4                   |       |  |                |            |
| 138 | 300.0<br>300.2<br>300.4<br>300.6 |       |  | 346.9<br>532.9 | 316<br>316 |
| 142 | 300.2<br>300.4                   |       |  | 531.9          | 316        |
| 143 | 300.4                            |       |  |                |            |
| 146 |                                  | 309.1 |  |                |            |
| 147 |                                  | 309.1 |  |                |            |
| 148 | 300.0                            |       |  | 401.9<br>532.9 | 316<br>316 |

| Mehrfach-Diagnosen-Schema (ICD-Diagnosen) |                                                          |                                                                |                              |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------|
| Pat.-Nr.<br>'Fälle'                       | Persönlich-<br>keits-<br>struktur<br>ICD 301.0-<br>301.9 | Verhaltens-<br>abweichung<br>ICD 302.0<br>302.9<br>303-<br>305 | Psychosen<br>ICD 290-<br>299 |
| 2                                         | 301.1<br>301.2                                           | 302.9                                                          |                              |
| 3                                         | 301.1<br>301.4                                           |                                                                |                              |
| 5                                         | 301.5                                                    |                                                                |                              |
| 9                                         | 301.2                                                    |                                                                |                              |
| 10                                        | 301.1<br>301.5                                           |                                                                | 298.1                        |
| 12                                        |                                                          |                                                                |                              |
| 13                                        |                                                          |                                                                |                              |
| 14                                        | 301.2                                                    |                                                                | 295.1                        |
| 16                                        | 301.1<br>301.5                                           |                                                                |                              |
| 17                                        | 301.4                                                    |                                                                |                              |
| 18                                        | 301.0<br>301.4                                           |                                                                |                              |

|    |                |       |  |
|----|----------------|-------|--|
| 21 | 301.0<br>301.4 |       |  |
| 22 |                | 302.7 |  |
| 23 | 301.4          |       |  |
| 24 | 301.0<br>301.1 |       |  |
| 25 | 301.5          | 302.7 |  |
| 26 | 301.1          |       |  |
| 27 | 301.1          | 303   |  |
| 29 | 301.5<br>301.1 | 302.0 |  |
| 34 | 301.5          |       |  |
| 35 | 301.4          |       |  |
| 36 | 301.2<br>301.3 |       |  |
| 37 | 301.0<br>301.5 |       |  |
| 38 | 301.1<br>301.4 |       |  |
| 39 | 301.0<br>301.5 |       |  |
| 42 | 301.4<br>301.1 |       |  |

|    |                         |       |  |
|----|-------------------------|-------|--|
| 44 | 301.1<br>301.4          |       |  |
| 46 | 301.1                   |       |  |
| 47 | 301.1<br>301.4<br>301.5 | 304.4 |  |
| 51 | 301.1<br>301.4<br>301.5 |       |  |
| 52 | 301.1<br>301.4          |       |  |
| 54 | 301.4<br>301.5          |       |  |
| 55 | 301.4                   |       |  |
| 57 | 301.1<br>301.5          |       |  |
| 58 | 301.1<br>301.4          | 303   |  |
| 60 | 301.1<br>301.2<br>301.4 |       |  |
| 63 | 301.4                   |       |  |
| 64 | 301.1<br>301.4          | 304.9 |  |
| 65 | 301.1<br>301.2<br>301.4 |       |  |
| 67 | 301.1<br>301.5          | 304.9 |  |
| 70 | 301.1<br>301.5          | 302.7 |  |

|    |                         |       |  |
|----|-------------------------|-------|--|
| 71 | 301.1<br>301.5          |       |  |
| 72 | 301.1                   |       |  |
| 73 | 301.1<br>301.4          | 303   |  |
| 74 | 301.1                   |       |  |
| 77 | 301.4                   |       |  |
| 78 | 301.1<br>301.4<br>301.5 | 305   |  |
| 79 | 301.1                   |       |  |
| 80 | 301.1<br>301.4          |       |  |
| 81 | 301.1<br>301.2<br>301.4 |       |  |
| 83 | 301.1<br>301.4          |       |  |
| 84 | 301.1<br>301.4          | 304.9 |  |
| 85 | 301.4<br>301.5          | 305   |  |
| 89 | 301.1<br>301.4          |       |  |
| 91 | 301.4                   |       |  |
| 92 | 301.1<br>301.5          | 305   |  |

|     |                                  |     |  |
|-----|----------------------------------|-----|--|
| 93  | 301.1<br>301.4                   |     |  |
| 94  | 301.1<br>301.4                   |     |  |
| 95  | 301.1<br>301.4                   |     |  |
| 96  | 301.0<br>301.4                   |     |  |
| 98  | 301.1<br>301.2<br>301.4          |     |  |
| 99  | 301.1<br>301.2<br>301.3<br>301.5 |     |  |
| 100 | 301.4<br>301.5                   |     |  |
| 102 | 301.2<br>301.4                   |     |  |
| 103 | 301.2<br>301.4                   | 303 |  |
| 104 | 301.0<br>301.1<br>301.4          | 303 |  |
| 106 | 301.1<br>301.4                   |     |  |
| 108 | 301.1<br>301.2<br>301.4          |     |  |
| 109 | 301.1<br>301.5                   |     |  |
| 110 | 301.1<br>301.4                   |     |  |
| 111 | 301.1<br>301.4                   |     |  |

|     |                                  |              |  |
|-----|----------------------------------|--------------|--|
| 112 | 301.1<br>301.4                   |              |  |
| 115 | 301.1<br>301.4<br>301.6          |              |  |
| 116 | 301.0<br>301.1<br>301.3<br>301.4 | 303<br>304.1 |  |
| 117 | 301.1<br>301.4                   |              |  |
| 118 | 301.1<br>301.5                   |              |  |
| 119 | 301.2<br>301.4                   |              |  |
| 120 | 301.4<br>301.5                   |              |  |
| 122 | 301.0<br>301.5                   | 305          |  |
| 123 | 301.1<br>301.5                   | 302.7        |  |
| 126 | 301.1<br>301.4                   |              |  |
| 128 | 301.1<br>301.4                   |              |  |
| 131 | 301.1<br>301.4                   |              |  |
| 132 | 301.1<br>301.4                   |              |  |
| 133 | 301.1<br>301.4                   |              |  |
| 134 | 301.4                            |              |  |

|     |                                  |                |  |
|-----|----------------------------------|----------------|--|
| 135 | 301.0<br>301.1<br>301.4          | 303            |  |
| 137 | 301.1                            |                |  |
| 138 | 301.1<br>301.4                   | 303<br>304     |  |
| 142 | 301.1<br>301.4                   |                |  |
| 143 | 301.1<br>301.4                   | 304.1<br>304.9 |  |
| 146 | 301.1<br>301.4                   |                |  |
| 147 | 301.1<br>301.4                   |                |  |
| 148 | 301.1<br>301.3<br>301.4<br>301.5 | 303            |  |

Für die wichtigsten Störungsbereiche haben wir gesondert eine tabellarische Aufschlüsselung vorgenommen (siehe Tab. 3-7).

### 3.7 Multiaxiale Beurteilung - Ein exemplarischer Fall

In Orientierung am multiaxialen Beurteilungsschema von S.64 möchte ich im folgenden einen exemplarischen Fall ausführlich behandeln. Die Bewertung geschieht auf der Basis sämtlicher hier eingesetzter Untersuchungsinstrumente.

#### 1. Beurteilung nach dem kritisch-hermeneutischen Verfahren Interview

Die Krankengeschichte des 27-jährigen Pat. beginnt mit seinem siebten Lebensjahr. Auf einen Ortswechsel hin, verbunden mit der Trennung von der geliebten Großmutter, entwickelt Herr A das erste Ulcus duodeni. Seitdem treten beim Pat. in der typischen jahreszeitlichen Rhythmik - jeweils Frühjahr und Herbst - Ulcera auf.

1975/76 kommt es mit dem Abschluß eines Einführungslehrganges, dem Beginn seiner Tätigkeit im Finanzbereich und dem Zeitpunkt seiner Heirat, zu einer gesundheitlichen Krise - mit persistierenden Ulcusbeschwerden, mit Übelkeit, permanentem Erbrechen, starker Gewichtsabnahme von ca. 20 kg -, die eine parenterale Ernährung notwendig macht. 1977, im Zusammenhang mit seinem Umzug nach Z, tritt ein phasenweiser Alkoholabusus auf (1/2 Fl. Whisky bzw. bis zu 12 1/2 Bier pro Tag). Auch sonst bestehen Suchtzüge, wenn auch geringeren Ausmaßes (Alkohol, Tranquilizer). 1979 nach seiner beruflichen Versetzung stellt sich ein erneutes schweres Ulcusrezidiv ein.

April 1981, nach Wechsel eines Vorgesetzten, beginnt wieder ein massiver Schub der Ulcusbeschwerden.

Der zweite Symptomkomplex - der Kopfschmerz - reicht ebenfalls bis in die Kindheit zurück. Ab ca. 1978 treten die Beschwerden verstärkt auf und gehen 1980 in eine Migräne über.

Das Jahr 1980 wird außerdem zum Manifestationspunkt eines dritten Symptomkreises: Ein Druck-, Spannungs- und Ohnmachtsgefühl mit Hitze- und Kältesensationen, innerer Unruhe und der Angst, zusammenzubrechen. Vorläufer dieser Erscheinungen waren ein Ohnmachtsanfall anlässlich einer Novalginspritze 1971 und ein zweiter Kollaps nach einer anstrengenden Urlaubsfahrt.

Außerdem leidet der Pat. seit 1980 an Derealisationsphänomenen: Die Umgebung erscheint unwirklich, fremd; der Pat. erlebt sich als Zuschauer, das Umweltgeschehen hat Filmcharakter.

Depressive Verstimmungen und suizidale Impulse bestehen seit der Kindheit.

#### Biographische Anamnese und Psychodynamik

Bezüglich der frühen Kindheit fehlt dem Pat. nahezu jegliche Erinnerung. Er sei kein Wunschkind gewesen und habe sich, soweit er zurückdenken kann, immer ungeliebt gefühlt. Seine Mutter erlebe er als Ballung von Negativa: Kalt, egoistisch, bösartig, materiell, unterdrückend und ordinär. Die Kenntnis dieser Faktoren erlaubt die Interpolation einer Traumatisierung im frühkindlichen Alter durch eine versagende und bedrohliche Mutterfigur. Das Fehlen liebevoller mütterlicher Zuwendung und die Frustrierung seines Fürsorge- und Zuwendungswunsches, mit der Konsequenz eines bleibenden Defizits, bewirkt die orale Fixierung des Pat. Eine weitere Einspurung der oral verursachten depressiven Struktur und die Ausbildung einer zwanghaften Strukturkomponente erfolgt in

der analen Phase. Hier wird der Pat. mit der Hergabebeforderung konfrontiert, die eine retentive Störung (nicht 'nein' sagen können) und eine gewisse Sturheit als Gegenreaktion - um sich vor zu starkem Substanzverlust zu schützen - bewirkt.

Der Vater wird vom Pat. als Marionette der Mutter erlebt. Er sei gutmütig und ein "prima Kerl", jedoch zu schwach, um der Mutter zu kontern. Er kann ihm daher nicht als helfendes Vorbild in der Entwicklung der 'männlichen' Aggression dienen und erschwert ihm überhaupt die Identitätsfindung als Mann. Durch die Hemmung der motorisch aggressiven Impulse - angesichts des geschilderten Muttertyps wohl nachvollziehbar - erfährt die depressive Struktur des Pat. eine weitere Vertiefung in Gestalt von Passivität, Wendung der Aggression gegen sich selbst und Transformierung in Leistung.

Die einzige positive Bezugsperson für Herrn A stellt die Großmutter dar. Hier bietet sich ihm eine kleine Verwöhnunginsel, die er aber nur sehr begrenzt genießen kann; was er von der Großmutter beispielsweise an materiellen Zuwendungen erhält, wird ihm von der Mutter wieder abgenommen. So wird der Ortswechsel im Alter von sieben Jahren, verbunden mit der Trennung von der Großmutter, für den Pat. zur symptomauslösenden Versagungssituation.

Das Nichtbehaltendürfen nimmt eine zentrale Stellung in der dynamischen Entwicklung von Herrn A ein, gerinnt schließlich zu einer neurotischen Verzichtshaltung, unter deren Oberfläche oral kapitative und oral aggressive Wünsche weiterschweben.

Die Geburt einer 1 1/2 Jahre jüngeren Schwester - zu der bis heute ein gespanntes Verhältnis besteht - reaktualisiert die Ver lustängste des Pat. Die Mutter bildet mit der Schwester zusammen eine Allianz; Aufmerksamkeit und Zuwendung werden vermehrt von ihm abgezogen. Das einzige, was er abbekommt, sind Schläge, dies jedoch meist in doppelter Ausführung.

Der Pat. lebt vorwiegend in einer Welt mit Verbots- und Gebots-schildern: Er darf keine Freunde haben, in keiner Band spielen, die Freunde nicht mit nach Hause bringen ... er muß viel arbeiten, stets abgeben ...

Das Abgebenmüssen des Hausschlüssels in der Pubertät wird für ihn im wahrsten Sinn des Wortes zu einem Schlüsselerlebnis! Es schlägt zu tief in die schon vorhandene Kerbe und veranlaßt ihn zu einer Trennung vom Elternhaus. Dem damals 18-jährigen waren damit auch die materiellen Zuwendungen gestrichen und er mußte parallel zum Besuch des Gymnasiums seine 'Brötchen' verdienen.

Die schulische Ausbildung von Herrn A verläuft auch nicht ungestört. Durch eine vernachlässigte chronische Otitis media mit Tubenkatarrh und Trommelfellperforation erleidet der Pat. einen Hörverlust, der eine Leistungsver schlechterung nach sich zieht. Er muß die 7. und 11. Klasse des Gymnasiums wiederholen.

Der berufliche Werdegang des Pat. nach dem Abitur nimmt nicht die von ihm wirklich intendierten Bahnen. Sein eigentlicher Wunsch ist, Medizin zu studieren, um Psychiater zu werden. Den Entschluß zu seiner jetzigen beruflichen Tätigkeit begründet er mit seiner schlechten finanziellen Situation. Er habe diese Ausbildung ohne große Begeisterung begonnen, mit der Vorstellung, zur gegebenen Zeit doch wieder auszusteigen. Sein ausgeprägtes Sicherheitsbedürfnis stand schließlich einem Berufswechsel - trotz zunehmender Aversionen - im Wege. Dieses Sicherheitsstreben ist verankert in der analen Phase als Reaktion auf eine allzu strenge Hergabeforderung. Die berufliche Lage wird für den Pat. immer mehr zum Konflikttherd: Berufliche Schwellensituationen führen zur somatischen Dekompensation.

Hinterfragt man die Berufssituation, so entpuppt sie sich als Kampffeld rivalisierender psychischer Instanzen. Neben der Befriedigung seines Sicherheitsbedürfnisses weist seine Tätigkeit

auf dem Finanzsektor noch eine andere Facette auf: Sie stellt sich einerseits als Umkehrung der Kindheitssituation dar - damals mußte er immer abgeben, auch das Geld wurde ihm abgenommen, jetzt nimmt er den anderen Geld ab - andererseits mobilisiert sie bei ihm, über eine Identifizierung mit den 'Geschröpften', die eigenen Ängste. So wird zwar die oral-kaptative und oral-aggressive Seite auf sublimierte Art ausgelebt, jedoch werden gleichzeitig Ängste und Schuldgefühle erweckt. In seinem Arbeitsbereich ist der Pat. drei Kontrollinstanzen unterstellt, die für ihn zu äußeren Repräsentanten seines eigenen strengen Über-Ichs werden, das ihn zum Perfektionismus, zu quälender Skrupelhaftigkeit und ständiger Selbstüberforderung treibt. Es resultieren ambivalente Zweifel und die Lähmung der eigenen Entscheidungskraft. Der Pat. segelt sozusagen zwischen Skyla und Charybdis und zerreibt damit seine psychischen Energien.

Im Jahre 1980, in Zusammenhang mit der Übernahme einer schwierigen beruflichen Aufgabe, verdichtet sich die Symptomatik. Der Pat. greift das von früher bekannte Ohnmachtsgefühl auf und benutzt es als somatisches Äquivalent seiner neurotischen Angst. Erlebt wird von ihm nur das somatische Angstkorrelat! Die befürchtete Ohnmacht stellt sich nicht ein und doch nimmt die Angst zu, neben der 'Kollaps-Phobie' entwickeln sich klaustrophobische Züge. Eine Beeinträchtigung im beruflichen und privaten Bereich ist die Konsequenz.

Parallel dazu treten massive Migräneanfälle auf, die Leistungsüberforderung und verdrängte Aggressivität signalisieren.

Gleichzeitig beobachtet Herr A an sich Derealisationsphänomene, die als Ausläufer eines zweiten Problemkomplexes - seiner Beziehungsschwierigkeiten - zu werten sind. Das verfremdete Erleben der Wirklichkeit ist sinnlicher Ausdruck der eigenen Isolierung und Einsamkeit. Es fehlt das Bezugssystem, das Vertrautsein, das Geborgenheitsgefühl. Der Pat. äußert, er habe niemanden, zu dem er Vertrauen haben könne; er wirke zwar offen, sei aber in Wirklichkeit verschlossen.

Vordergründige Entstehungsbedingung dieses Phänomens bildet die eheliche Situation von Herrn A:

Nach dem Scheitern einer platonischen Freundschaft im Alter von 16 Jahren, die auf die Initiative der aktiven Partnerin zustandegeworben war, lernte er mit 17 Jahren seine jetzige Frau kennen. Er traf die Wahl, nachdem er vorher eine Typenlehre zu Rate gezogen hatte. Der Pat. schildert seine Frau als ruhig, sensibel und schüchtern. Er erlebe sie als wechselhaft: Manchmal sei sie sehr verschlossen, manchmal zeige sie Gefühle. Aufgrund der ebenfalls schüchternen Art des Pat. und seiner passiven Haltung kam es erst nach dreijährigem Zusammensein zu sexuellem Kontakt.

1975 fand die Heirat statt - ein markanter Punkt in der Krankheitsentwicklung des Pat. Die eheliche Dyade wird zur Neuauflage der frühkindlichen Situation.

Der Pat. geht früh eine feste Bindung ein, weil er ohne Symbiose nicht existieren kann; andererseits ist die Dauerfrustration schon vorprogrammiert: Die Ehefrau erweist sich nicht als der mütterliche Typ, der unbewußt das Ideal der Nahrung und Nähe spendenden Mutterbrust erfüllen soll; ganz im Gegenteil: es kommt nichts von ihr, der Pat. wartet vergeblich auf ihre Initiative. Herr A bemerkt, er habe wohl zu früh geheiratet, es gäbe für ihn keine wirklichen Vorerfahrungen, jetzige Chancen nehme er nicht wahr, um seine Frau nicht zu verletzen, die Versuchung sei jedoch groß.

Die andrängenden Wünsche oraler Rezeptivität werden verdrängt und bewirken auf somatischer Ebene eine Bereitstellung zur Nahrungsaufnahme mit Hypersekretion und Ulcus-Entwicklung. Es kommt zu massivem Erbrechen; der Pat. muß selbst das, was er in sich aufgenommen hat, wieder hergeben (symbolischer Ausdruck der Verlustangst). In der Klinik wird der schließlich mit parenteraler Nahrung 'gefüttert'.

Auf psychischer Ebene läuft folgende Reaktionskette ab:

Ein Abhängigkeitsgefühl gekoppelt mit Verlustängsten (bereits eine einwöchige Abwesenheit seiner Frau löste bei ihm starke Unruhe und Angst aus) - daneben Enttäuschung der passiven Liebesbedürfnisse mit darauffolgender Aggression - diese wird nicht ausgelebt zur Vermeidung von Verlustangst und Schuldgefühl und deshalb gegen sich selbst gewendet (der Pat. erlebe sich als zunehmend aggressiv, ziehe sich dann aber zurück, um seine Frau vor der Aggression zu schützen; er zeige ihr gegenüber nur positive Gefühle) - die Autoaggression führt zur Depressivität und zu Suizidimpulsen.

Auch in anderen Sozialkontakten kommt der Pat. nicht auf seine Kosten. Er verschafft sich zwar eine gewisse Beliebtheit, indem er den 'Sonnyboy' mimt, kaschiert damit aber seine eigene Bedürftigkeit. Er ist ein verständnisvoller Zuhörer und eine Vertrauensperson für viele problembelastete Bekannte. Diese Hypertrophie der Hingabeseite, der Verzicht auf Eigenansprüche und die Adaptation an die Bedürfnisse der anderen provoziert ein chronisches Überforderungssyndrom.

Addiert man die Belastungsfaktoren beruflicher und privater Art - die schwere Erkrankung der Großmutter fällt sicher auch noch ins Gewicht - so wird die seit ca. 1980 schwer bedrohte psychische Homöostase verständlich, die nur durch Symptomzuwachs (Ohnmachtsgefühle, Migräne) notdürftig aufrecht erhalten wird.

## 2. Beurteilung nach dem empirisch-analytischen Verfahren (Gießen-Test, SCL-90-R, PSKB, Life-Event-Fragebogen)

### a) Gießen-Test

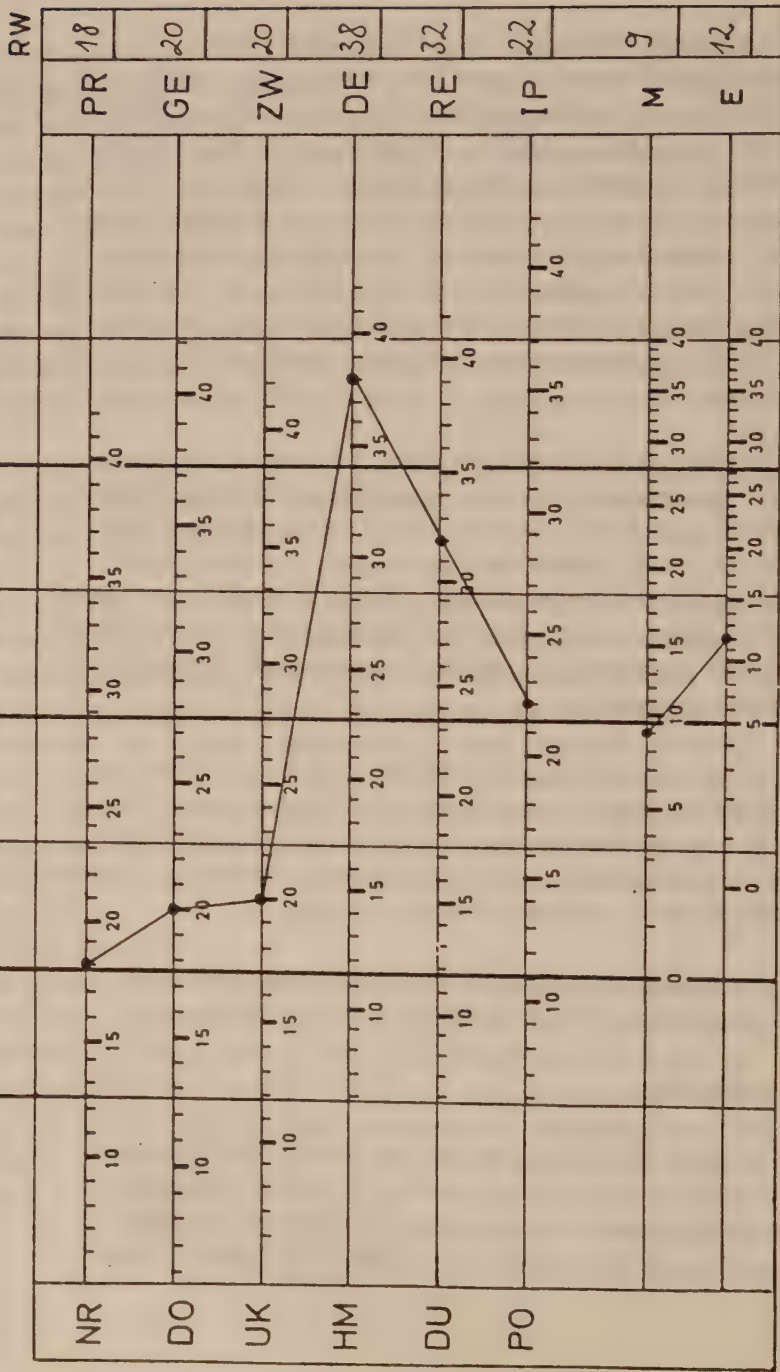
Herr A wurde dem GT-S nach als 'Fall' identifiziert. Er zeigt hochsignifikante Abweichungen in Skala 1 (geringe soziale Resonanz) und in Skala 4 (Depressivität). Interpretationswürdige Akzentuierungen finden sich auch in Skala 2 (Dominanz), Skala 3

GT-Profilblatt

% - Rang

T 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30 32 34 36 38 40 42 44 46 48 50 52 54 56 58 60 62 64 66 68 70 72 74 76 78 80 82 84 86 88 90

Q1 Q6 23 67 159 309 500 309 67 23 Q1



(beurteilt von GT-S)

Name 138 ♂

Geburtsdatum 27.7.

(Unkontrolliertheit) und in Skala 5 (Retentivität). Im Bereich 'Soziale Potenz' und bezüglich der Mittelwertsankreuzungen liegt der Pat. nahezu am 50 %-Rang. Es besteht eine gewisse Tendenz zu Extremwertankreuzungen (Einstellungsskala E).

Herr A entwirft von sich im GT ein weitgehend negatives Selbstprofil: Er sieht seine Wirkung auf die Umgebung als ungünstig, fühlt sich unattraktiv und minderwertig. Diese negative Einschätzung der sozialen Resonanz wird in Kenntnis der lebensgeschichtlichen Entwicklung verständlich, die ihm wenig narzißtische Gratifikationen geboten hat. Es ist anzunehmen, daß diese negativ verzerrte Selbstwahrnehmung Ausdruck eines sehr strengen Über-Ichs und eines Defekts im Ich-Selbst-System ist, der auf eine traumatisierende Mutterbeziehung zurückgeht (siehe Interview). Damit wurde die Disposition zu einer depressiven Grundstimmung geschaffen, die in Skala 5 in sehr extremer Form ersichtlich wird. Durch die eigene Selbstunsicherheit wird eine hilfesusuchende Abhängigkeitshaltung begünstigt, die für Frustrationen besonders anfällig macht. In der Depression wird die Enttäuschungsaggression dann gegen das eigene Ich gerichtet. Eine gesunde Aggressionsentfaltung nach außen ist aus Angst vor Objektverlust blockiert. (Item-Markierungen: Neigung, den eigenen Ärger in sich hineinzufressen und sehr selten in Auseinandersetzungen zu geraten).

Die Beziehungsprobleme des Pat. finden auch in der Kategorie 'Retentivität' (Skala 5) ihren Ausdruck. Hier signalisiert der Pat. eine sehr fundamentale Störung des Kontakterlebens und -verhaltens: Verschlossenheit als Reaktionsbildung auf ein tief verankertes Mißtrauen.

Während bisher Selbstabwertung und -beschränkung im Vordergrund standen, eine passiv-abhängige Position gezeichnet wurde und hemmende Einflüsse zur Geltung kamen, zeigen sich in Skala 2 (Dominanz) und Skala 3 (Unkontrolliertheit) gegenläufige Tendenzen. Der Pat. gibt an, andere eher zu dominieren. Damit verbinden sich Impulsivität, Ehrgeiz, Machtansprüche.

Darin kommt möglicherweise die Kompensation von Insuffizienz-gefühlen zum Ausdruck und die Abwehr passiver Bedürfnisse, auch ein gewisses Ausleben der sonst gezügelten Aggressivität.

Während die Markierung in Skala 1 wohl mehr von einem strengen Über-Ich und defekten Ich diktiert wurde, ist die angegebene Tendenz zur Unkontrolliertheit in Skala 3 - triebpsychologisch ausgedrückt - eher dem Es und einem schwachen Ich zuzuschreiben. Unter die Wünsche, die Triebbedürfnisse auszuleben, sich gehen zu lassen mischen sich wohl auch Ängste vor Triebdurchbruch, vor Kontrollverlust.

In der Mittelwert-Markierung der Skala 'Soziale Potenz' deutet sich an, daß der Pat. durchaus soziale Fähigkeiten besitzt, die jedoch aufgrund einer neurotischen Hemmung nicht voll zum Tragen kommen.

Insgesamt wird im Gießen-Selbstportrait der Ambivalenzkonflikt des Pat. mit den zugehörigen Affekten recht plastisch. Mit Beckmann und Richter <13> müssen wir daher feststellen, daß "Ulcus-Träger offensichtlich fähig sind, ihre typische Konfliktstruktur darzustellen, die man als weitgehend unbewußt angenommen hat". Bei der Itemanalyse läßt sich erkennen, daß der Pat. in der Selbstbeschreibung Merkmale hervorhebt, die in der psychosomatischen Literatur, u. a. von o. g. Autoren als charakteristisch für die Ulcus-Persönlichkeit beschrieben worden sind: Die Neigung, den Ärger in sich hineinzufressen (6 l), ein starkes Interesse, andere zu übertreffen (7 l), eine sehr bedrückte Stimmung, die Tendenz zu Selbstvorwürfen (29 r) und die Meinung, daß eine Änderung der äußeren Lebensbedingungen die eigene seelische Verfassung sehr stark beeinflussen würde (4 l).

Insgesamt gleicht das GT-S-Profil von Herrn A von der Konfiguration her dem Profil unausgelesener Neurotiker von Beckmann/Richter <13>.

Dies kommt im Euklidischen Distanzmaß (kleinster Abstand zur Vergleichsskala der Neurotiker) und der Zugehörigkeit zu Cluster 3 der GT-Cluster-Analyse, das am meisten neurosentypische Züge trägt, zum Ausdruck.

Das vom Patienten entworfene Selbstportrait steht in Einklang mit unserem Interview-Ergebnis.

#### b) SCL-90-R

Herr A konnte aufgrund eines hohen globalen Symptom-Maßes (GSI T-Score-Wert = 74) auch mit diesem Selbstbeurteilungs-Fragebogen als 'Fall' eingestuft werden. Der PST, das Maß für die Positiv-Antworten, weist auf eine erhebliche Symptombreite hin. Der PSDI, ein Intensitäts-Index, läßt auf eine leichte Aggravationstendenz schließen.

Im Skalenbereich finden wir Ausprägungs-Maxima für 'Depressivität' und 'Phobische Angst'. Hohe Werte erreicht der Pat. auch in den Symptomdimensionen 'Somatisierung' und 'Ängstlichkeit'. Auf weiteren Störungsbereich weisen die Skalen I (Somatisierung), II (Zwanghaftigkeit), III (Unsicherheit im Sozialkontakt) und IX (Psychotizismus) hin.

Auffällig ist auch, daß der Faktor 'Aggressivität und Feindseligkeit' mit Abstand den niedrigsten Wert im Symptomprofil aufweist. Das Profilmuster spiegelt gut die Störungs- und Konfliktkonstellation des Pat. wider: Es imponiert auch hier eine starke Depressivität (wesentliche Item-Markierungen: Suizidgedanken, Selbstvorwürfe, Einsamkeitsgefühle, Schwerkut, das Gefühl, sich viele Sorgen machen zu müssen, Hoffnungslosigkeit, das Gefühl, daß alles sehr anstrengend ist und das Gefühl, wertlos zu sein).

Hinzu kommen ein gestörtes Kontakterleben und -verhalten, die sich in der Dimension 'Unsicherheit im Sozialkontakt' und auf der 'Psychotizismus'-Ebene (auf Item-Niveau: ein Gefühl des Abschnittenseins von anderen) manifestieren.

# SCL-90-R SYMPTOM PROFILE

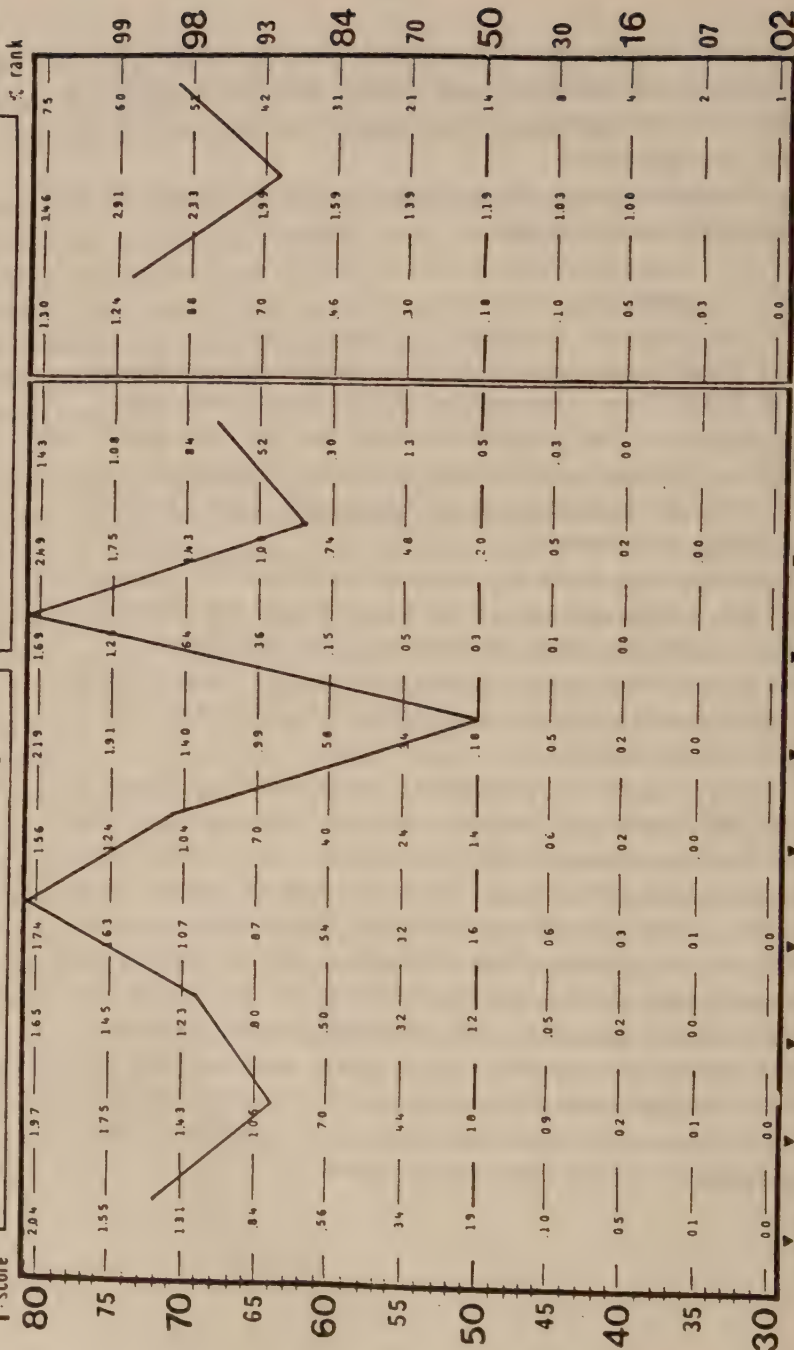
NORM B - NONPATIENT MALES

COPYRIGHT © 1979 BY LEONARD M. DEROGATIS PhD

NAME 138 ♂

AGE 27 DATE \_\_\_\_\_

T-SCORE



Unübersehbar ist auch im SCL-90-R die Aggressionshemmung des Pat. mit einer extrem niedrigen Selbsteinstufung auf der Skala 'Aggressivität' und 'Feindseligkeit' bei gleichzeitigen Zeichen einer starken Autoaggression (Items: Selbstvorwürfe, Schuldgefühle, Selbstentwertung, Suizidgedanken). Daneben zeichnet sich ein angstneurotisch-phobischer Störungskomplex mit somatischen Äquivalenten ab. Beim Faktor 'Somatisierung' fallen weiterhin Items ins Gewicht, die gastrointestinale Beschwerden repräsentieren. Außerdem finden sich Indizien für eine gewisse zwanghafte Strukturierung (Item-Ankreuzungen: Entscheidungsträgheit, Impulshemmung, Grübelzwänge). Im Vergleich mit dem Interview und dem GT-S weist das SCL-Profilbild eine gute Kongruenz auf.

c) PSKB

In der Fremdbeurteilung erreicht der Pat. ebenfalls ein hohes Maß an klinischen Auffälligkeiten (insgesamt 28 mittel und schwer kodierte Merkmale). Hinzu kommen zehn subklinische Auffälligkeiten. Sie entstammen weitgehend den oben aufgeführten Problembereichen; wir werden daher auf eine detaillierte Aufzählung verzichten.

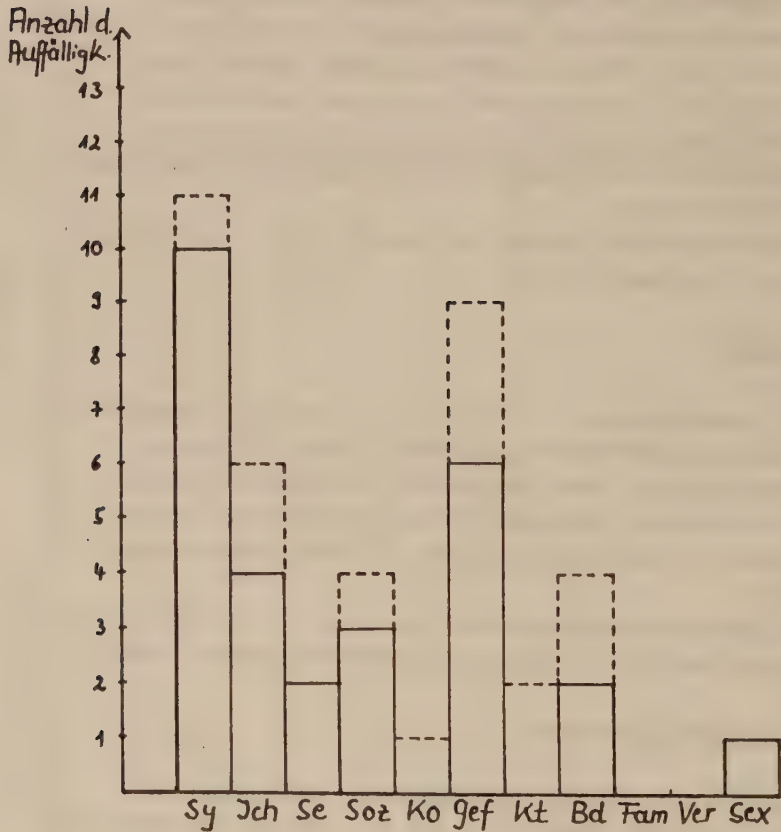
In der PSKB-Cluster-Analyse fällt Herr A unter Cluster 1, das die Patientengruppe mit den stärksten Merkmalsausprägungen erfaßt.

d) Life-Event-Fragebogen

Im Bereich biographischer Lebensereignisse, die sich auf die letzten zwölf Monate beziehen, hat der Pat. nur drei Ankreuzungen vorgenommen (persönliche Verletzung/Krankheit, Schwierigkeiten mit Verwandten und Schwierigkeiten mit dem Chef). Daraus errechnet sich ein LCU-Wert von 105. Herr A weist danach ein geringes Morbiditätsrisiko auf.

Auch wenn sich im Life-Event-Fragebogen kein hohes Morbiditätsrisiko nachweisen läßt, so spricht das nicht gegen einen Kausalzusammenhang zwischen Erkrankung und 'life events'.

PSKB - Profil  
138♂ 27J.



Summe der Auffälligkeiten — klin. ---- subklin.

Aufgrund der Interview-Daten, die einen viel größeren Zeitraum erfassen, war eine eindeutige zeitliche Koinzidenz von Ereignissen in der Biographie mit Ereignissen in der Pathographie der Beschwerden aufzuzeigen, sowohl was den Krankheitsbeginn als auch was die Krankheitsverschlechterungen anbelangt. Außerdem muß beachtet werden, daß die vom Pat. angegebenen Lebensereignisse, auch wenn sie prima vista als nicht sehr erheblich erscheinen, in Kenntnis des psychodynamischen Hintergrundes doch an Relevanz gewinnen. Da es dem Pat. schwerfällt, Schwierigkeiten in seinem Interaktionsfeld aktiv anzugehen - als Konsequenz seiner Verlustängste und der damit verbundenen Aggressionshemmung - werden Disharmonien (mit den Verwandten und dem Chef) für ihn zum Konflikt und zu einer Quelle der Autoaggression, sie erhalten damit einen subjektiv sehr gravierenden Stellenwert und haben somit sehr wohl Auslösefunktion für die Erkrankung.

Zieht man außerdem die schlechten Bewältigungsmechanismen des Pat. mit ins Kalkül - die erhebliche Anzahl klinischer Auffälligkeiten in der PSKB-Skala 'Ich-Erleben, Ich-Gefühl, Ich-Aktivitäten' läßt auf Ich-Schwäche schließen - so wird die Krankheitsverschlechterung trotz eines geringen Morbiditätsrisikos im Life-Event-Fragebogen verständlich.

Im Zusammenschau sämtlicher Untersuchungsergebnisse lassen sich nach dem Mehrfachdiagnosen-Schema folgende Diagnosen Stellen:

I) Psychische Symptomatik

1. Neurotische Depression mit suizidalen Tendenzen  
(ICD 300.4)
2. Angstneurose mit Spannungs- und Ohnmachtsgefühlen  
(ICD 300.0)
3. Klaustrophobie  
(ICD 300.2)

II) Körperliche Symptomatik wahrscheinlich psych. Ursprungs

1. Rezidivierende Ulcera duodeni  
(ICD 532.9/ICD 316)
2. Funktionelle Kopfschmerzen schon im Kindesalter, seit 1980 in Form von Migräneattacken  
(ICD 346.9/ICD 316)

III) Art der Persönlichkeitsstruktur

Depressiv-zwanghafte Persönlichkeitsstruktur  
(ICD 301.1/ICD 301.4)

IV) Art der Verhaltensabweichung

Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit  
(ICD 303/ICD 304)

## Diskussion

Die vorliegende Studie soll als ein Beitrag zur administrativen epidemiologischen Forschung und zur Dokumentation psychischer und psychosomatischer Störungen verstanden werden.

Von besonderem Interesse war für uns dabei, eine differenzierte Fallidentifikation und -dokumentation am Patientengut einer medizinischen Universitätsklinik vorzunehmen, nachdem sich bisherige empirische Untersuchungen auf diesem Sektor meist auf psychosomatische Kliniken und Ambulanzen beschränken. Bei dem Versuch, die Dunkelziffer psychisch auffälliger Patienten einer internistischen Klinik aufzudecken, wurden wir nicht nur vom rein wissenschaftlich-theoretischen Interesse geleitet, sondern auch von dem Gedanken an praktische Konsequenzen. Wir haben dazu in der Einleitung ausführlich Stellung genommen.

Die Aufgabe, psychisch und psychosomatisch Kranke aus einer unausgelesenen Patientengruppe herauszufiltern konfrontiert vor allem mit den Problemen von Abgrenzung und diagnostischer Erfäßbarkeit. Dazu wurden in einem theoretischen Vorspann Überlegungen angestellt. Die terminologischen Klärungen bezogen sich auf den Krankheitsbegriff im allgemeinen und auf die nosologische Dreiteilung in psychoneurotische, psychovegetative und psychosomatische Störungen. Bei der Wahl der Forschungsmethodik zogen wir ins Kalkül, daß wir es mit komplexen seelischen Wirkungszusammenhängen zu tun haben, die die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer und psychosomatischer Störungen bedingen. Das erstellte Forschungskonzept wurde als Doppelstrategie angelegt unter Berücksichtigung des empirisch-quantitativen und kritisch-hermeneutischen Verfahrens. Dies geschah unter der Vorstellung, daß bei einer Verflechtung beider Forschungsmodi eine ganzheitlichere und differenzierte Patientenbeurteilung möglich wird, daß sich die Vorteile von Objektivität und Reliabilität einerseits und Validität und Relevanz andererseits ergänzen. Die Untersuchungsinstrumente wurden dieser Doppelstrategie entsprechend ausgewählt. Sie

wurden in einem Modellkreis für multidimensionale Diagnostik (Abb. 9) veranschaulicht. Das Instrumentarium setzt sich aus vier psychometrischen Verfahren zusammen - dem empirisch-quantitativen Forschungsmodus entsprechend - sowie dem diagnostischen Gespräch in Form eines halbstrukturierten Interviews - mit Berücksichtigung des kritisch-hermeneutischen Ansatzes. Die vier psychometrischen Verfahren bestehen aus drei Selbstbeurteilungsinstrumenten (Gießen-Test, SCL-90-R, Life-Event-Fragebogen) und einem Fremdbeurteilungsverfahren (PSKB). Die genannten diagnostischen Verfahren kamen an einer Gesamtstichprobe von 148 Patienten unserer Klinik zum Einsatz und wurden sämtlich vom Verfasser dieser Arbeit durchgeführt. Die Patientenauswahl erfolgte nach dem Zufallsverfahren, das beschrieben wurde. Da nur wenige Selektionsprinzipien zur Anwendung kamen, können wir davon ausgehen, daß wir ein relativ repräsentatives Patientenspektrum unserer Klinik vorliegen haben. Eine gewisse Verzerrung ergibt sich durch die Verweigererquote von 31,5 %, die sich überwiegend aus weiblichen Patienten konstituiert. Dies drückt sich bei unserer Stichprobe durch eine Prädominanz des männlichen Geschlechts aus. Auf die Fallzahl dürfte sich die Verweigererquote nur unerheblich auswirken. Laut Schepank <104> kann man davon ausgehen, daß unter den Verweigerern die Prozentzahl der Fälle wahrscheinlich um einige %-Punkte höher anzusetzen ist als unter den Untersuchungsteilnehmern. Als Spezifikum unserer Stichprobe mag noch gelten, daß bei der Altersverteilung jüngere Frauen und ältere Männer deutlich kumulieren. Die wesentlichen Untersuchungsergebnisse sollen nochmals knapp referiert und diskutiert werden:

Auf der empirisch-quantitativen Ebene wurde zunächst für alle psychometrischen Verfahren eine Varianzanalyse bezüglich der Variablen Geschlecht, Alter, Schulbildung und Schichtzugehörigkeit vorgenommen. Als wichtigstes Ergebnis zeigte sich im SCL-90-R eine deutliche Somatisierungstendenz bei Patienten mit geringerer Schulbildung und sogar eine hochsignifikant stärkere Somatisierungsneigung beim den 'sozial Schwachen'. Auch andere

Autoren berichten über dieses bildungs-schichtabhängige Phänomen. Mit Bräutigam <20> sehe ich eine Möglichkeit der Interpretation darin, "daß die Fähigkeit zum vorstellenden Denken, zur Selbst-reflektion etwas ist, das in der Familie gelernt werden muß, das durch Schule und Ausbildung gefördert werden oder ausgespart bleiben kann ... Die Tendenz zur Verbalisierung und zur Symbolisierung, zur Wahrnehmung von Gefühle(n) ... zur Äußerung von Gefühlen im Kontakt ist in den tieferen Sozialklassen vielleicht geringer als in den höheren."

Zur genauen Charakterisierung unserer Gesamtstichprobe auf test-psychologischem Niveau erstellten wir für den GT, den SCL-90-R und den PSKB ein Gesamtgruppenprofil. Das GT-S-Mittelwertsprofil zeigte in Relation zu Vergleichsprofilen von Psychoneurotikern, psychovegetativen und psychosomatischen Patienten die größte Ähnlichkeit mit dem psychovegetativen Profil, einem 'Intermediär'-Profil zwischen dem psychosomatischen und psychoneurotischen Profiltyp. Bei der Heterogenität unseres Kollektivs ist anzunehmen, daß bei näherer Auflösung des Gesamtgruppenprofil in unterschiedliche Profiltypen zerfällt. Beim SCL-Mittelwertsprofil waren die neun Symptomfaktoren cum grano salis etwa gleich stark repräsentiert, die Gesamtgruppe lag insgesamt im pathologischen Bereich. Für das PSKB-Gesamtprofil ist ein Profilvergleich mangels normierter Werte problematisch, eine starke Ähnlichkeit mit dem Neurotiker-Profil Rudolfs ist jedoch unverkennbar.

Anhand operationalisierter Fall-Definitionen nahmen wir eine psychometrische Fall-Identifikation vor. Als Entscheidungskriterium beim Gießen-Test diente die signifikante Normabweichung von den Skalen. Auf diese Weise wurde eine Fallquote von 55 % ermittelt. Für das SCL-90-R-Fall-Kriterium 'Globalindex (GSI)  $\geq 63$  oder 2 Symptomdimensionen  $\geq 63$ ' - betrug die Fallrate 56 %.

Beim Fremddokumentationssystem, dem PSKB, waren gemessen am Kriterium 'Anzahl der klinischen Auffälligkeiten'  $\geq 13$  71 % Fälle zu diagnostizieren.

Auf der kritisch-hermeneutischen Ebene, mittels des Interviews, wurde die Fall-Diagnose in erster Linie von folgenden Kriterien abhängig gemacht: konfliktbedingte Krankheitsauslösung, pathologische Verarbeitungsmodi, Störungen in der Persönlichkeitsstruktur einschließlich Ich-Defekte, belastende Frühgenese.

Auf diesem Weg konnte bei 64 % der Gesamtstichprobe eine Fall-Zuordnung getroffen werden. Wenn sich im statistischen Vergleich ( $\chi^2$ -Test) von Interview und psychometrischen Verfahren auch eine überfällige Übereinstimmung bezüglich der Fall-Diagnosen ergibt, so bleibt doch eine Diskrepanz bestehen, die aufgeklärt werden muß.

An erster Stelle sollte dazu gesagt werden: Die festgestellte Diskrepanz geht wohl nicht zuletzt darauf zurück, daß es sich - auch wenn Überlappungsbereiche vorliegen - hier um komplementäre Verfahren handelt, die unterschiedliche Störungsaspekte aufdecken. Der Gesichtspunkt der Komplementarität war bei unserer Methodenwahl ja sehr entscheidend, um ein möglichst breites Störungsspektrum zu erfassen. Der Gießen-Test ist so angelegt, daß er vor allem ein hohes Auflösungsvermögen für neurotische Persönlichkeitsstörungen besitzt. Der SCL-90-R, eine Symptom-Checkliste, erfaßt dagegen ein somatisches und psychisches Beschwerdeangebot als Status präsens. Der PSKB zieht mitgeteilte, beobachtete und introspektiv erfahrene Fakten mit in Betracht, d. h., er hat einen erweiterten Informationsumfang gegenüber den Selbsteinschätzungsverfahren zur Verfügung. Im diagnostischen Gespräch werden komplexe, kausale und konditionale Zusammenhänge vor dem lebensgeschichtlich-biographischen Hintergrund erfaßt, was mit den anderen Untersuchungsinstrumenten nicht möglich ist. Davon unabhängig sind die unterschiedlichen Fallraten, gerade zwischen Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren vermutlich auch dem Antwortstil mancher Patienten zuzuschreiben, die je nach Dissimulations- oder Aggravationstendenz eine falsch negative oder falsch positive Einstufung provozieren. Die Diskrepanz zwischen den Fremdbeurteilungsmethoden - dem Interview und dem PSKB - erklärt

sich u. a. dadurch, daß in die PSKB-Fallrate auch rein somato-  
psychische Fälle eingehen, die ich aufgrund des Interviews - bei  
fehlendem Nachweis einer gestörten Primärstruktur oder eines pri-  
mär psychogenen Konfliktes - nicht mit in die Fallpopulation auf-  
nahm. Es ist plausibel, daß auch beispielsweise bei sekundärer  
Schizoidie, bei Problemen in der sozialen Lebensbewältigung als  
Krankheitsfolge u. ä. ein hohes klinische Auffälligkeitsmaß er-  
zielt werden kann. Andererseits fallen Patienten mit einer sog-  
enannten 'Normalpathologie' durch das Netz dieses Befundsystems,  
weil sie nicht genügend Auffälligkeiten aufweisen, um als Fall  
kodiert zu werden.

Aufgrund der multidimensionalen Diagnostik eröffnet sich - selbst  
bei fehlender Kongruenz der einzelnen Verfahren - die Möglich-  
keit, die Interpretation der Befunde aus einem Datenbereich durch  
den anderen zu vertiefen.

Kommen wir nochmals auf den Fallraten-Vergleich von Interview und  
Testverfahren zu sprechen, so ließen sich von den im Interview  
diagnostizierten Fällen 61 % im Gießen-Test psychometrisch abbil-  
den, 73 % der Interview-Fallrate wurden durch den SCL-90-R bestä-  
tigt und mit dem PSKB war eine Übereinstimmung in 87 % der Fälle  
zu erzielen.

In der vorliegenden Arbeit wurde noch der Versuch unternommen,  
über die Bestimmung der globalen Fallrate hinaus eine Fall-  
Differenzierung vorzunehmen. Bei den psychometrischen Verfahren  
geschah das für den Gießen-Test durch Berechnung der Profil-  
Ähnlichkeit mit dem Euklidischen Abstandmaß auf der Basis von  
Vergleichsprofilen psychoneurotischer, psychovegetativer und  
psychosomatischer Patienten. Dabei fanden sich für die meisten  
Patienten fast identische Abstände bezüglich der Vergleichs-  
gruppen, also eine Tendenz zu 'Mischbildern'. Leider konnten aus  
rechentechnischen Gründen keine Signifikanzen bestimmt werden,  
damit war auch keine eindeutige Profiluordnung möglich. Durch

eine Cluster-Analyse wurde versucht, eine weitere Strukturierung zu erzielen. Mit einer 3-Cluster-Lösung wurden drei Mittelwertsprofile erstellt, wovon das Cluster 3 eine gute Übereinstimmung mit dem Neurotikerprofil von Beckmann und Richter zeigt, die beiden anderen Cluster zeigen eine weniger typische Konfiguration. Auch hier sprechen die beträchtlichen Cluster-Überlappungen für Mischbilder. Die PSKB-Cluster-Analyse erbrachte eine Differenzierung bezüglich des Schweregrades der Störung, erlaubte jedoch sonst keine Profil-Typisierung.

Wir hofften, durch statistisch gesicherte Korrespondenzen in Überlappungsbereichen zwischen den Testverfahren eine Datenerhärtung zu erhalten. Leider sind unsere statistischen Ergebnisse diesbezüglich noch insuffizient. Es wären noch mehr Querbezüge zwischen den Tests wünschenswert. Möglicherweise hätte auch eine SCL-90-R-Cluster-Analyse noch interessante Aufschlüsse erbracht, sie ist jedoch an rechentechnischen Schwierigkeiten gescheitert. Auch ein korrelativer Vergleich zwischen den PSKB- und GT-Clustern steht noch aus. Weiterhin würde eine Signifikanzberechnung bei der Profilähnlichkeit die schwerpunktmäßige Zuordnung zu unseren drei nosologischen Hauptgruppen gestatten.

Aufgrund der vorliegenden psychometrischen Daten können wir nur sagen, daß ein großer Teil unserer Population sogenannte Mischbilder aufweist, d. h., daß es sich meist wohl um psychosomatisch-psychovegetative Störungen mit neurotischen 'Suprastrukturen' handelt, wie auch unsere ICD-Mehrfach-Verschlüsselung zeigt.

Bei der Ermittlung der 'effektiven Fallrate' wurde dem Interview Präferenz eingeräumt, da es am ehesten komplizierte psychische Interdependenzen aufzudecken vermag. Für diese 'effektiven Fälle' (64 %) wurde in Zusammenschau aller eingesetzten Untersuchungsverfahren, einschließlich der Daten aus dem Krankenblatt, eine integrierte Diagnose erstellt. Das Ergebnis bildet ein Störungsspektrum, in dem 35 % der Patienten Symptomneurosen aufweisen,

4 % Patienten psychogene Reaktionen, 33 % funktionelle Beschwerden, 28 % psychosomatische Störungen im engeren Sinne, 62 % Persönlichkeitsstörungen und 16 % Verhaltensabweichungen. Die Klassifikation erfolgte nach dem Mehrfach-Diagnosenschema. In einem exemplarischen Fall wurde zusätzlich eine multiaxiale Beurteilung vorgenommen.

In Kenntnis unserer Fallrate psychisch und psychosomatisch kranker Patienten, die über die Hälfte des von uns untersuchten Krankenguts umfaßt, möchte ich nochmals zum Einleitungsteil der vorliegenden Arbeit rekurrieren und mein Plädoyer für eine pluriperspektivistische Komplementaritätsmedizin wiederholen. Es wird ein Transfer der hier referierten Ergebnisse in die klinische Praxis nötig sein, mit Adaptation institutioneller und personeller Möglichkeiten bezüglich Diagnostik und Therapie.

### Zusammenfassung

Ausgehend von dem Plädoyer für eine ganzheitliche Medizin, der Darstellung der Krankheitskarriere des "fehlgeleiteten" psychisch kranken Patienten und einer Bestandsaufnahme bisheriger epidemiologischer Forschungsergebnisse, wurde die Intention unserer Studie formuliert:

Die Identifikation psychischer und psychosomatischer Patienten einer medizinischen Universitätsklinik auf dem Boden einer möglichst differenzierten Dokumentation.

Zunächst wurde der theoretische Rahmen abgesteckt mit Vorstellung des zugrunde liegenden Krankheitskonzeptes, der Aufgliederung hinsichtlich des Spektrums psychischer und psychosomatischer Störungen und Darstellung der differentia specifica jeder Krankheitskategorie.

In Ablehnung eines reduktionistischen Krankheitsverständnisses ergaben sich Konsequenzen für das Forschungskonzept. Es wurden dazu vier Prämissen erstellt, die sich auf einen polypragmatischen methodischen Ansatz beziehen. Auf der Basis einer doppelten Forschungsstrategie - dem empirisch-analytischen und dem kritisch-hermeneutischen Verfahren - wurde das Untersuchungsinstrumentarium ausgewählt, das sich aus drei Selbstbeurteilungsfragebögen, einem halbstrukturierten Interview und einem Fremddokumentationssystem zusammensetzt. Wir legten für jedes Untersuchungsinstrument genaue Fall-Definitionskriterien fest. Probleme der Klassifikation wurden erörtert. Als Lösung wurde das herkömmliche kategoriale Klassifikationssystem - in Form des ICD-Mehrfachdiagnosen-Schemas - mit einer differenzierten mehrdimensionalen Krankheitsbeschreibung - dem multiaxialen Beurteilungsschema - verknüpft.

Ergebnisse aus der Untersuchung einer repräsentativen Stichprobe unserer Klinik (N = 148) wurden referiert und diskutiert.

Unter Synopsis der oben beschriebenen Untersuchungsinstrumente konnten wir eine effektive Fallzahl von **64 %** ermitteln, die in einem Störungsspektrum genau aufgeschlüsselt wurde. Es erfolgte eine Kodierung sämtlicher Fälle mit dem Mehrfachdiagnosenschema; ein exemplarischer Fall wurde zusätzlich anhand des multiaxialen Beurteilungsschemas dargestellt.

## Anhang

### Literaturverzeichnis

Interview zur Erfassung psychischer und psychosomatischer Störungen  
(IPPSS)

Cluster-Analysen

$\text{Chi}^2$ -Tests

Lebenslauf

## Literaturverzeichnis

- <1> Ahrens, St.; Elsner, H. (1981):  
Empirische Untersuchungen zum Krankheitskonzept neuroti-  
scher, psychosomatischer und somatisch kranker Patienten  
(Teil I). Medizinische Psychologie 7: 95-109.
- <2> Ahrens, St. (1981):  
Empirische Untersuchungen zum Krankheitskonzept neuroti-  
scher, psychosomatischer und somatisch kranker Patienten  
(Teil II). Medizinische Psychologie 7:175-190.
- <3> Ahrens, St. (1981):  
Experimentelle Untersuchungen kognitiver Funktionen bei  
Ulcer-Patienten.  
In Zander, W: Experimentelle Forschungsergebnisse in der  
psychosomatischen Medizin.
- <4> Ahrens, St.; Morgenthaler, B. (1982):  
Erfassung von Gefühlsprozessen bei Ulcer-Patienten, soma-  
tisch Kranken und Neurotikern. Medizinische Psychologie  
8:67-82.
- <5> Ahrens, St. (1983):  
Zur Affektverarbeitung von Ulcer-Patienten - ein Beispiel  
zur 'Alexithymie-Diskussion'.  
In Städt, H.H: Psychosomatik in Forschung und Praxis.  
Urban & Schwarzenberg, München/Wien/Baltimore, 339-357.
- <6> Ahrens, St. (1983):  
Das psychosomatische Phänomen - oder Phänomen psychosoma-  
tischer Forschung. Zschr. psychosom. Med. 29:307-320.
- <7> Ahrens, St. (1983):  
Die psychosomatische Persönlichkeitsstruktur - Faktum oder  
Fiktion? Fortschr. Neurol. Psychiat. 51:409-426.
- <8> Ahrens, St. (1984):  
Zur Affektverarbeitung bei psychosomatischen Patienten  
(Teil I). Zschr. psychosom. Med. 30:201-213.
- <9> Alexander, F. (1977):  
Psychosomatische Medizin. de Gruyter, Berlin/New York,  
3. Aufl.
- <10> Bach, H.; Heine, M. (1981):  
Pseudonormalität und 'Normalpathologie'.  
In Bach, H: Der Krankheitsbegriff in der Psychoanalyse.  
Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 11-35.
- <11> Beck, D. (1981):  
Krankheit als Selbstheilung. Insel-Verlag, Frankfurt/Mn.

- <12> Beckmann, D.; Richter, H.; Scherer, J.L. (1969):  
Kontrolle von Psychotherapieresultaten. Psyche 23.
- <13> Beckmann, D.; Richter, H.-E. (1972):  
Gießen-Test (GT). Huber, Bern.
- <14> Beckmann, D.; Richter H.-E. (1979):  
Erfahrungen mit dem Gießen-Test (GT). Huber, Bern.
- <15> Biebl, W.; Platz, T.; Kinzl, J.; Judmaier, G. (1984):  
Psychosomatische Untersuchung bei Patienten mit Colitis  
ulcerosa und Morbus Crohn. Psychother. Psychosom. 29:  
184-190.
- <16> Binder, J.; Angst, U. (1981):  
Soziale Konsequenzen psychischer Störungen. Arch.  
Psychiatr. Nervenkr. 229:355-370.
- <17> Blank, B. (1984):  
Magersucht in der Literatur. Fischer, Frankfurt/Mn.
- <18> Bortz, J. (1979):  
Lehrbuch der Statistik für Soziologen. Springer-Verlag,  
Berlin/Heidelberg/New York.
- <19> Bräutigam, W. (1973):  
Wie erkennt man psychosomatische Krankheiten. Deutsches  
Arzteblatt 4:206-208.
- <20> Bräutigam, W.; Christian, P. (1973):  
Psychosomatische Medizin. Thieme-Verlag, Stuttgart/  
New York, 1981, 3. Aufl.
- <21> Bruch, H. (1982):  
Der goldene Käfig. Das Rätsel der Magersucht. Fischer,  
Frankfurt/Mn.
- <22> Buchborn, E. (1980):  
Die Medizin und die Wissenschaften vom Menschen. Eröff-  
nungsansprache. Sonderdruck aus Verhandlungen der  
Deutschen Gesellschaft für innere Medizin 86, Bergmann-  
Verlag, München.
- <23> Buchborn, E. (1984):  
Ergebnisse der Psychotherapieforschung bei psychosoma-  
tischen Erkrankungen. Internist 25:674-681.
- <24> Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit (Hrsg)  
(1979):  
Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD),  
9. Revision. Consulting-Verlag, Wuppertal.

- <25> CIPS (Collegium Internationale Psychiatricae Sclorum) (Hrsg.) (1977):  
Internationale Skalen für Psychiatrie. Beltz-Test-GmbH, Weinheim.
- <26> Claus, G.; Ebner, H. (1969):  
Grundlagen der Statistik. Verlag Harri Deutsch, Frankfurt/Mn.
- <27> Deneke, F.-W.; Stuhr, U.; Deneke, C.; Bühring, B.; Franz, A.; Balck, F. (1984):  
Die diagnostische Beurteilung von Patienten mit einer Herzodphobie. Ein Ansatz, verschiedene psychologische Erklärungskonzepte zu integrieren. Psychother. med. Psychol. 34:273-286.
- <28> Derogatis, L.R.; Lipmann, R.S.; Covi, L. (1973):  
SCL-90: An Outpatient Psychiatric Rating Scale-Preliminary Report. Psychopharm. Bull. 9:13-28.
- <29> Derogatis, L.R.; Lipmann, R.S.; Rickels, K.; Uhlenhuth, E.H.; Covi, L. (1974):  
The Hopkins Symptom Checklist (HSCL). A Measure of Primary Symptom Dimensions.  
In Pichot, P. (ed.): Psychological Measurements in Psychopharmacology. Mod. Probl. Pharmacopsychiatr., Vol. 7: 70-110.
- <30> Derogatis, L.R.; Lipmann, R.F.; Rickels, K.; Uhlenhuth, E.H.; Covi, L. (1974):  
The Hopkins Symptom Checklist (HSCL). A Self-Report Symptom Inventory. Behav. Sci., Vol. 19:1-15.
- <31> Derogatis, L.R.; Rickels, K.; Rock, A.F. (1976):  
The SCL-90 and the MMPI: A Step in the Validation of a new Self-Report Scale. British Journal of Psychiatry, Vol. 128:280-289.
- <32> Derogatis, L.R.; Cleary, P.A. (1977):  
Confirmation of the Dimensional Structure of the SCL-90: A Study in Construct Validation. J. Clinical Psychology, Vol. 33:981-989.
- <33> Derogatis, L.R.; Cleary, P.A. (1977):  
Factorial invariance across gender for the primary symptom dimensions of the SCL-90. British Journal of Social and Clinical Psychology, Vol. 16:347-356.
- <34> Derogatis, L.R. (1983):  
SCL-90. Administration, Scoring & Procedures. Manual-II for the R(evised) Version and other Instruments of the Psychopathology Rating Scale Series. Clinical Psychometric Research, Towson.

- <35> Diederichs, P.; Kinsky-Krüger, R. (1983):  
Urologische Psychosomatik.  
In Städt, H.H.: Psychosomatik in Forschung und Praxis.  
Urban & Schwarzenberg, München/Wien/Baltimore: 359-375.
- <36> Dohrenwend, B.P.; Dohrenwend, B.S. (1969):  
Social status and psychological disorders: a causal  
inquiry. Wiley & Sons, New York.
- <37> Dongier, M. (1983):  
Neurosen. Fischer, Frankfurt/Mn.
- <38> Drexler, M.S.; Jakubowski, R.; Schneider, H. (1978):  
Unterscheidungskriterien zwischen psychosomatischen und  
psychoneurotischen Patienten. Eine Untersuchung unter  
besonderer Berücksichtigung des Interaktionsfeldes  
Untersucher-Patient. Dissertation, Universität Frankfurt.
- <39> Dührssen, A. (1981):  
Die biographische Anamnese unter tiefenpsychologischem  
Aspekt. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- <40> Dührssen, A. (1984):  
Risikofaktoren für die neurotische Krankheitsentwicklung.  
Zschr. psychosom. Med. 30:18-42.
- <41> Elhardt, S. (1975):  
Tiefenpsychologie. Eine Einführung. Kohlhammer, Stuttgart,  
4. Aufl.
- <42> Engelhardt (1973):  
zitiert in Uexküll, Th. v., 1981b:233.
- <43> Ermann, M. (1978):  
Zur Dynamik psychovegetativer Störungen - einige empiri-  
sche Ergebnisse. Verh. dt. Ges. inn. Med. 84:1541.
- <44> Ermann, M. (1980):  
Die Grundstörung bei depressiven Neurosen und psycho-  
somatischen Störungen. Zschr. psychosom. Med. 26:316-328.
- <45> Ermann, M. (1982):  
Die psychovegetativen Störungen als ich-strukturelles  
Problem. Zschr. psychosom. Med. 28:255-265.
- <46> Ermann, M. (1983):  
Psychovegetative Störungen und stationäre Psychotherapie.  
Prax. Psychother. Psychosom. 28:131-138.
- <47> Ermann, M. (1984):  
A Specific and Taxonomic Differentiation between Psycho-  
vegetative Disorders and Psychoneuroses. Psychother. Psy-  
chosom. 41:116-124.

- <48> Frank, B.; Vaitl, D. (1983):  
Alexithymie: differentialdiagnostische Analyse aus verhaltenstheoretischer Sicht.  
In Studdt, H.H.: Psychosomatik in Forschung und Praxis.  
Urban & Schwarzenberg, München/Wien/Baltimore
- <49> Gaus, E.; Klingenberg, M. (1983):  
Psychosoziale Konflikte bei Hypertonikern mit besonders labiler Verlaufsform ihrer Erkrankung.  
In Studdt, H.H.: Psychosomatik in Forschung und Praxis.  
Urban & Schwarzenberg, München/Wien/Baltimore.
- <50> Goethe, J.W.v.:  
Faust. Erster Teil.  
In Heinemann K. (Hrsg.): Goethes Werke, Bibliographisches Institut, Leipzig. o.J.:89.
- <51> Härich, G.; Schönborn, I. (1981):  
Integrierte internistisch-psychosomatische Medizin. Erfahrungsbericht über die ersten Stufen zu einer patientenzentrierten Medizin in einer internistischen Klinik.  
In Uexküll, Th.v., 1981.
- <52> Hagnell, O. (1969):  
A prospective study of mental disorders i a total population.  
In Assoc. for Research in Nerv. and Mental Diseases 47;  
Social Psychiatry Proceedings. William & Wilkins,  
Baltimore.
- <53> Hare (1977):  
zitiert in Kaschnig H.; Strotzka, H., 1977.
- <54> Hartmann, F. (1966):  
zitiert in Schaefer, H. 1977:16.
- <55> Heim, E. (197):  
Coping oder Anpassungsvorgänge in der psychosomatischen Medizin. Zschr. psychosom. Med. 25:251-252.
- <56> Helmchen, H.; Kielholz, P.; Brocke, E.; Sartorius, N. (1973):  
Zur Klassifikation neurotischer und psychosomatischer Störungen. Nervenarzt 44:292-299.
- <57> Helmchen, H.; Rüger, U. (1980):  
Neurosen und psychosomatische Erkrankungen als klassifikatorisches und diagnostisches Problem. Zschr. psychosom. Med. 26:205-216.
- <58> Helmkamp, H.; Hartmut, P. (1984):  
Psychosomatische Krebsforschung. Huber, Bern.

- <59> Hoffmann, S.O. (1981):  
Krankheitsbegriff und Charakter.  
In Bach, H.: Der Krankheitsbegriff in der Psychoanalyse.  
Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen:47-54.
- <60> Homes, Th.H.; Rahe, R.H. (1967):  
The social Readjustment Rating Scale. Journal of Psycho-  
somatic Research, Vol. 11:213-218.
- <61> Hörmann, H.; Schepank, H. (1983):  
Life-Events in der Allgemein-Bevölkerung. Vorläufige  
Ergebnisse aus einer psychosomatisch-epidemiologischen  
Feldstudie. Zschr. psychosom. Med. 2:110-126.
- <62> Jacobi, J. (1959):  
Die Psychologie von C.G. Jung. Rascher-Verlag, Zürich/  
Stuttgart.
- <63> Jung, C.G. (1950):  
Psychologie und Erziehung. Rascher-Paperback-Ausgabe,  
Zürich/Stuttgart.
- <64> Katschnig, H.; Strotzka, H. (1977):  
Epidemiologie der Neurosen und psychosomatischen  
Störungen.  
In Blohmke, M.; Faber, Chr. v.; Kisker, K.; Schäfer, H.:  
Handbuch der Sozialmedizin. Bd. II:272-305, Enke,  
Stuttgart.
- <65> Keller, K. (1975):  
Psychosomatik. Eine Bestätigung der Allgemeinmedizin.  
Zschr. Allgemeinmedizin 14.
- <66> Kleining, G.; Moore, H. (1968):  
Soziale Selbsteinschätzung (SSE). Ein Instrument zur  
Messung sozialer Schichten, Kölner Zschr. für Soziologie  
und Sozialpsychologie 20:502-552.
- <67> Knapp, Th.L. (1981):  
Migräne: Symptomatologie, Ätiologie und psychologische  
Therapie. Med. Psychologie 7:191-206.
- <68> Köhler (1973):  
zitiert in Katschnig, H.; Strotzka, H., 1977,
- <69> Kohut, H. (1975):  
Narzissmus. Suhrkamp, Frankfurt/Mn.
- <70> Kohut, H. (1981):  
Die Heilung des Selbst. Suhrkamp, Frankfurt/Mn.

- <71> Kuhn, H.; Engel, R.R.; King, U.; Hörning, G. (1981):  
Psychophysiologische Untersuchungen beim Asthma  
Bronchiale.  
In Zander, L.: Experimentelle Forschungsergebnisse in der  
psychosomatischen Medizin.
- <72> Kutter, P. (1982):  
Zur psychoanalytischen Diagnose und Therapie psychosoma-  
tischer Störungen. Psychoanalyse 1:2-18.
- <73> Le Shan, L. (1982):  
Psychotherapie gegen den Krebs. Klett-Cotta, Stuttgart.
- <74> Liedvogel-Küthmann, E. (1981):  
Alternativen. Erfahrungen in einem Praxismodell.  
In Uexküll, Th. v.: Integrierte psychosomatische Medizin,  
Stuttgart/New York.
- <75> Liepmann, D.; Hoppe, S. (1976):  
Einige empirische Befunde zur faktoriellen Struktur des  
Gießen-Tests (GT). Diagnostica 22:26-34.
- <76> Lindner, L.-V. (1981):  
Existentieller und neurotischer Konflikt.  
In Bach, H.: Der Krankheitsbegriff in der Psychoanalyse.  
Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen:36-46.
- <77> Loch, L. (1971):  
Die Krankheitslehre der Psychoanalyse. Hirzel-Verlag,  
Stuttgart.
- <78> Luban-Plozza, B.; Pöldinger, W. (1980):  
Der psychosomatisch Kranke in der Praxis. Springer,  
Berlin/Heidelberg/New York.
- <79> Lyketsos, G.S.; Karabetsos, A.; Jordanoglou, J.; Liokis, T.;  
Armagianidis, A.; Lyketsos, D.G. (1984):  
Personality Characteristics and Dysthymic States in  
Bronchial Asthma. Psychother. Psychosom. 41:177-185.
- <80> Mac Leod, S. (1983):  
Hungern meine einzige Waffe. Kösel-Verlag, München.
- <81> Marty, P. (1976):  
Les mouvements individuels de vie et de mort; essai  
d'économie psychosomatique. Payot, Paris, 1976,  
zitiert in Uexküll, Th. v., 1979:229ff.
- <82> Meermann, R. (1982):  
Anorexia nervosa. Enke, Stuttgart.

- <83> Mentzos, St. (1984):  
Neurotische Konfliktverarbeitung. Fischer-Taschenbuch-  
Verlag, Frankfurt/Mn.
- <84> Mitscherlich, A. (1966):  
Krankheit als Konflikt. Studien zur psychosomatischen  
Medizin 1. Suhrkamp, Frankfurt/Mn, 1982, 11. Aufl.
- <85> Modestín, J. (1983):  
Schwindel als psychosomatisches Phänomen. Psychother. med.  
Psychol. 33:77-86.
- <86> Möhlen, K.; Brähler, E. (1984):  
Beschwerdebild und Selbstkonzept von Patienten mit Ulcus  
duodeni vor und 4 Jahre nach einer Operation. Zschr.  
psychosom. Med. 30:150-163.
- <87> Naunyn:  
zitiert in Uexküll, Th. v., 1979:2.
- <88> Overbeck, G. (1974):  
Einige Überlegungen zur Psychodynamik der Ulkuskranken  
anhand des Gießen-Tests. Psychother. Psychosom. 24:1-17.
- <89> Overbeck, G. (1975):  
Objektivierende und relativierende Beiträge zur 'pensée  
opératoire' der französischen Psychosomatik. Habilitati-  
onsschrift, Universität Gießen 1975.
- <90> Overbeck, G. (1977):  
Das psychosomatische Symptom. Psychische Defizienzerschei-  
nung oder generative Ichleistung? Psyche 31:33-354.
- <91> Overbeck, G. (1984):  
Krankheit als Anpassung - Der soziopsychosomatische  
Zirkel. Suhrkamp, Frankfurt/Mn.
- <92> Palazzoli, M.S. (1982):  
Magersucht. Klett-Cotta, Stuttgart.
- <93> Pflanz, M. (1973):  
Allgemeine Epidemiologie. Thieme, Stuttgart, 1973,  
zitiert in Schepank, H., 1982: Zschr. psychosom. Med. 28:  
104-125.
- <94> Rad, M. v.; Lolas, F. (1978).  
Psychosomatische und psychoneurotische Patienten im  
Vergleich. Psyche 32:956-973.

- <95> Rad, M. v. (1983):  
Alexithymie. Empirische Untersuchungen zur Diagnostik und Therapie psychosomatischer Erkrankungen.
- <96> Richter, H.E. (1967):  
Eltern, Kind und Neurose. Rowohlt, Reinbek.
- <97> Richter, H.E. (1973):  
Herzneurose. Thieme, Stuttgart, 2. Aufl.
- <98> Riemann, F. (1975):  
Grundformen der Angst. Ernst-Reinhardt-Verlag, München.
- <99> Ringel, E.; Kropiunigg, U. (1983):  
Der fehlgeleitete Patient. Psychosomatische Patientenkarrieren und ihre Akteure. Facultas, Wien.
- <100> Rudolf, G. (1974):  
Die Bedeutung der Lebensveränderungen für den Ausbruch neurotischer Symptomatik. Psychother. med. Psychol. 24: 198-215.
- <101> Rudolf, G. (1981):  
Untersuchung und Befund bei Neurosen und psychosomatischen Erkrankungen. Materialien zum 'Psychischen und Sozial-kommunikativen Befund' (PSKB). Beltz, Weinheim/Basel.
- <102> Schaefer, H. (1977):  
Der Krankheitsbegriff.  
In Blohmke, M.; Feber, Ch. v.; Kisker, K.; Schaefer, H.:  
Handbuch der Sozialmedizin, Bd. III:15-31, Enke-Stuttgart.
- <103> Schepank, H. (1982):  
Epidemiologie psychogener Erkrankungen. Ein Beitrag zur Grundlagenforschung aus einer Feldstudie. Zschr. psychosom. Med. 28:104-125.
- <104> Schepank, H. und Mitarbeiter (1984):  
Wie häufig kommen seelisch bedingte Krankheiten wirklich vor? Ergebnisse des Mannheimer Kohorten-Projektes. Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik 29:105-114.
- <105> Schloß, G. (1984):  
Die Problematik der Life-Event-Forschung unter psychodynamischen Aspekten. Zschr. psychosom. Med. 30:214-231.
- <106> Schriefers, H. (1983):  
Glanz und Elend des Reduktionismus oder: Die Analyse einer Stoffpuppe. Med. Welt 34:23-33.
- <107> Schüffel, W. (1975):  
Arbeitsansätze in der heutigen Psychosomatik. Angst, Stress und körperliches Geschehen. Psychother. med. Psychol. 25:1-15.

- <108> Siegrist, J. (1980):  
Die Bedeutung von Lebensereignissen für die Entstehung körperlicher und psychosomatischer Erkrankungen. *Nervenarzt* 51:313-320.
- <109> Siegrist, J. (1983):  
Sozialepidemiologie und Pathogenese koronarer Herzerkrankungen. *Psychother. med. Psychol.* 33:1-6.
- <110> Siegrist, J. (1984):  
Der Einfluß sozialer Faktoren auf die Entstehung chronischer Erkrankungen am Beispiel ischämischer Herzkrankheiten. *Internist* 25:659-666.
- <111> Sifneos (1972):  
zitiert in Stephanos, S., 1979.
- <112> Stephanos, S. (1979):  
Das Konzept der 'pensée opératoire' und 'das psychosomatische Phänomen'.  
In Uexküll, Th. v., 1979.
- <113> Strotzka, H. und Mitarbeiter (1979):  
Ökonomische Aspekte psychosomatischer und psychosozialer Erkrankungen. Institut für Gesellschaftspolitik und Institut für Tiefenpsychologie und Psychotherapie, Universität Wien 1979,  
zitiert in Ringel, E.; Kropiunigg U., 1983.
- <114> Studt, H.H. (1974):  
Psycho- und Somatoneurosen im Vergleich: Angstneurose/Phobie-Asthma bronchiale, Habilitationsschrift, Universität Freiburg/Br.
- <115> Studt, H.H.; Bernhard, P.; Eith, T.F.; Günzel, M.; Riehl, A. (1983):  
Zur Ätiopathogenese der Herzneurose.  
In Studt, H.H.: Psychosomatik in Forschung und Praxis. Urban & Schwarzenberg, München/Wien/Baltimore.
- <116> Uexküll, Th. v. (1979):  
Lehrbuch der psychosomatischen Medizin, Urban & Schwarzenberg, München/Wien/Baltimore.
- <117> Uexküll, Th. v. (1981):  
Integrierte psychosomatische Medizin, Stuttgart/New York.
- <118> Uexküll, Th. v. (1983):  
Psychosomatische Medizin, Versuch einer Standortbestimmung. *Zschr. psychosom. Med.* 4:183-188.
- <119> Vierthmann, B. (1976):  
Eine empirische Untersuchung zum 'Psychosomatischen Phänomen' mit Hilfe des Gießen-Tests. Dissertation, Universität Heidelberg.

- <120> Vogt, H.; Blohmke, M. (1974):  
Häufigkeit psychischer und sozialer Problemfälle in einer  
Allgemeinpraxis. Der praktische Arzt 22.
- <121> Vollmoeller, L.; Rettig, K. (1982):  
Psychotherapeutische Konsiliardiensttätigkeit.  
Objektivierungs- und Supervisionsversuche mit dem Gießen-  
Test (GT). Med. Psychologie 8:152-160.
- <122> Weizäcker, V. v.:  
zitiert in Uexküll, Th. v., 1979:2.
- <123> Wesiack, W. (1981):  
Integrierte Psychosomatische Medizin in der ärztlichen  
Praxis.  
In Uexküll, Th. v.: Integrierte Psychosomatische Medizin,  
Stuttgart/New York.
- <124> Wiltenberg, H. (1983):  
Die Einstellung erwachsener Magersüchtiger zu ihrem Körper  
und seinen Funktionen.  
In Studt, H.H.: Psychosomatik in Forschung und Praxis:  
305-312, Urban & Schwarzenberg, München/Wien/Baltimore.
- <125> Wiltenberg, H. (1984):  
Körpersymbolik. Ein Beitrag zum Selbstverständnis des  
Selbsterlebens Magersüchtiger. Psychother. med. Psychol.  
34:242-245.
- <126> Wimmer, P. (1982):  
Der 'Lieferevent'-Ansatz. Lebensverändernde Ereignisse  
als Stress-Auslöser. Psychosozial 1:40-54.
- <127> Zander, W.; Engel, R.R.; Kitscha, M.; Wiedemann, G. (1981):  
Psychophysiologische Korrelationsuntersuchungen während  
eines halbstandardisierten Interviews bei Patienten mit  
Ulcus duodeni und Hypertonie.  
In Zander, W.: Experimentielle Forschungsergebnisse in der  
psychosomatischen Medizin.
- <128> Zepf, S. (1981):  
Psychosomatische Medizin auf dem Weg zur Wissenschaft,  
Campus, Frankfurt/Mew York.
- <129> Zintl-Wiegand; Cooper (1979):  
zitiert in Rudolf, G., 1981.
- <130> Zorn, F. (1980):  
Mars. Fischer, Frankfurt/Mn.

# I n t e r v i e w

## zur Erfassung psychischer und psychosomatischer Störungen

(IPPSS)

Überarbeitung und Strukturierung eines Interviews nach  
Thure v. Uexküll

I.- Nr. \_\_\_\_\_

Datum des Interviews \_\_\_\_\_

### I) Identifikationsdaten

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geschlecht \_\_\_\_\_

Staatsangeh. \_\_\_\_\_

Familienstand ☐ ledig seit wann ? \_\_\_\_\_

☐ verheiratet \_\_\_\_\_

☐ getrennt \_\_\_\_\_

☐ geschieden \_\_\_\_\_

☐ verwitwet \_\_\_\_\_

☐ wieder verheiratet \_\_\_\_\_

---

Lebensumstände ☐ lebt allein

☐ lebt nicht allein

☐ lebt im Heim

Personen im eigenen Haushalt Anzahl \_\_\_\_\_

Eltern \_\_\_\_\_

Großeltern \_\_\_\_\_

Kinder \_\_\_\_\_

Geschwister \_\_\_\_\_

andere Verwandte \_\_\_\_\_

(Ehe-)Partner \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Sonstige \_\_\_\_\_

Schulbildung                      Höchste Ausbildungsstufe \_\_\_\_\_  
Abgebrochene Schulausbildung \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Berufsausbildung \_\_\_\_\_  
abgeschlossen    ☐ ja    ☐ nein

Beruf l. Werdegang \_\_\_\_\_  
Jetzige bzw. zuletzt ausge-  
übte beruf l. Tätigkeit \_\_\_\_\_  
bis wann ? \_\_\_\_\_  
arbeitslos    ☐ ja    ☐ nein    seit wann \_\_\_\_\_

Vater                      ☐ lebt                      Mutter    ☐ lebt  
☐ verst. wann \_\_\_\_\_                      ☐ verst. wann \_\_\_\_\_  
☐ unbek.                      ☐ unbek.

Beruf d. Vaters \_\_\_\_\_ Beruf d. Mutter \_\_\_\_\_

Anzahl d. Geschw. \_\_\_\_\_

Das wievielte Kind \_\_\_\_\_  
ist d. Patient \_\_\_\_\_

Kinder                      ☐ ja    ☐ nein

|    | Geschl. | Alter bzw. verst. | Schule/Beruf |
|----|---------|-------------------|--------------|
| 1. |         |                   |              |
| 2. |         |                   |              |
| 3. |         |                   |              |
| 4. |         |                   |              |
| 5. |         |                   |              |
| 6. |         |                   |              |

Geburtsort \_\_\_\_\_

Ortswechsel \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

II) "Offene Frage"

Können Sie mir sagen, warum Sie hierher gekommen sind ?

III) Jetziges Leiden (aktuelle organ. u. psych. Verfassung)  
Die "7 Dimensionen des Symptoms"

1. Zeitliches Auftreten

a) Zeitpunkt des Beginns

b) Dauer

c) Reihenfolge

d) Periodizität

e) Freie Intervalle des Symptoms

2. Qualität (Vergleich mit früher erlebten Empfindungen)

3. Intensität

a) Stärkegrad

b) Funktionseinbuße

c) Volumen, Anzahl

4. Lokalisation u. evtl. Ausstrahlung (Tiefe, Oberfläche...)

5. Zusammenhang mit anderen Beschwerden od. Fehlen von Begleitsymptomen

6. Umstände unter denen es auftritt

7. Umstände unter denen sich das Sympt. intensiviert od. mildert

IV) Bisherige Behandlungsversuche der jetzigen Symptomatik  
Eigene Behandlung:

Hausarzt:

Facharzt:

Klinik:

Beratungsstelle:

Untersuchungen

Konservative Behandlung:

Operative Behandlung:

V) Einschätzung des momentanen Gesundheitszustandes und Einstellung zur Erkrankung

VI) Konsequenzen der Erkrankung

VII) Frühere Krankheiten

VIII) Schädigende Gewohnheiten

Rauchen:

Alkohol:

Süchte:

IX) Gesundheit der Angehörigen

X) Persönliche Entwicklung

Familiäre Atmosphäre/Familienstruktur

Wie haben Sie Ihr Zuhause erlebt ?

- |                                                                  |                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> warm                                    | <input type="checkbox"/> kalt                                                                           |
| <input type="checkbox"/> gefühlsbetont                           | <input type="checkbox"/> affektarm                                                                      |
| <input type="checkbox"/> harmonisch                              | <input type="checkbox"/> streiterfüllt                                                                  |
|                                                                  | <input type="checkbox"/> pseudoharmonisch                                                               |
| <input type="checkbox"/> entspannt                               | <input type="checkbox"/> spannungsgeladen                                                               |
| <input type="checkbox"/> zuverlässig                             | <input type="checkbox"/> wechselhaft                                                                    |
| <input type="checkbox"/> einträchtig                             | <input type="checkbox"/> gespalten                                                                      |
| <input type="checkbox"/> sicher                                  | <input type="checkbox"/> ängstlich                                                                      |
| <input type="checkbox"/> unbeschwert                             | <input type="checkbox"/> bedrückend                                                                     |
| <input type="checkbox"/> heiter                                  | <input type="checkbox"/> düster                                                                         |
| <input type="checkbox"/> kontaktfreudig                          | <input type="checkbox"/> kontaktarm                                                                     |
| <input type="checkbox"/> natürlich                               | <input type="checkbox"/> unecht                                                                         |
| <input type="checkbox"/> besorgt                                 | <input type="checkbox"/> überbesorgt                                                                    |
|                                                                  | <input type="checkbox"/> vernachlässigend                                                               |
| <input type="checkbox"/> aufopfernd                              | <input type="checkbox"/> eigensüchtig                                                                   |
| <input type="checkbox"/> nachsichtig                             | <input type="checkbox"/> übernachtsichtig                                                               |
|                                                                  | <input type="checkbox"/> streng                                                                         |
| <input type="checkbox"/> partnerschaftlich                       | <input type="checkbox"/> autoritär                                                                      |
| <input type="checkbox"/> kooperativ                              | <input type="checkbox"/> konkurrierend                                                                  |
| <input type="checkbox"/> unparteiisch                            | <input type="checkbox"/> parteiisch                                                                     |
| <input type="checkbox"/> anerkennend                             | <input type="checkbox"/> mangelnd <input type="checkbox"/> abwertend <input type="checkbox"/> ablehnend |
| <input type="checkbox"/> an d. Bedürfnissen d. Kindes orientiert | <input type="checkbox"/> leistungsorientiert                                                            |
| <input type="checkbox"/> freiheitlich                            | <input type="checkbox"/> besitzergreifend                                                               |
| <input type="checkbox"/> enttabuisiert                           | <input type="checkbox"/> tabuisierend                                                                   |

Können Sie Ihre Mutter charakterisieren ?

Können Sie Ihren Vater charakterisieren ?

Wer hatte in Ihrer Familie die dominierende Stellung ?

Wer war Ihre hauptsächliche Bezugsperson ?

Wie war die Beziehung Ihrer Eltern zueinander ?

Welche Rolle hatten Sie in der Familie ?

- ☐ Partnerersatz
- ☐ Bundesgenosse
- ☐ Zankapfel
- ☐ Sündenbock
- ☐ Musterkind
- ☐ Wunderkind
- ☐ Schwarzes Schaf
- ☐ Außenseiter
- ☐ Versager

Wie verhielten sich Ihre Eltern zu Ihren Geschwistern ?

Wie war Ihr Verhältnis zu den Geschwistern ?

Hatten Sie außer den Eltern noch andere Bezugspersonen ?

Welche Gefühle haben Sie Ihrer Familie gegenüber ?

## Kindheit/Jugend

Wie ist Ihre Geburt verlaufen ?

Waren Sie als Kleinkind öfters krank ?

Hatten Sie Entwicklungsstörungen ?

☐ Bettnässen ☐ Einkoten

☐ Nägelkauen

☐ Nervöse Tics

☐ Dunkel-Ängste andere Ängste ☐

☐ Sprachstörungen ☐ verspätetes Sprechen ☐ versp. laufen

Denken Sie gerne an Ihre Kindheit zurück ?

Können Sie sich an Erlebnisse in Ihren ersten Lebensjahren erinnern ?

Welches war für Sie die wichtigste Erfahrung in Ihrer Kindheit ?

Haben Sie in der Kindheit den Verlust eines Familienmitglieds oder anderer nahestehender Personen erlebt ?

Hatten Sie als Kind Freunde ?

Wie sahen diese Freundschaften aus ?

Wie verlief Ihre Schulzeit ?

Verspätete Einschulung ?

Schulleistungen ?

Schulschwierigkeiten ?

Rückversetzungen ?

Beziehungen zu Klassenkameraden ?

Wie verlief bei Ihnen die Pubertät ?

Hatten Sie in der Zeit besondere Probleme ?

Wie verstanden Sie sich mit gleichaltrigen Jungen/Mädchen ?

Wie sah Ihre Einstellung zum anderen Geschlecht u.  
zur Sexualität aus ?

Wann hatten Sie Ihre ersten sexuellen Kontakte u.  
wie verliefen sie ?

Hatten Sie in dieser Phase mit Ihren Eltern besondere  
Konflikte ?

Wann erfolgte die Trennung vom Elternhaus u. wie wurden  
Sie damit fertig ?

## XI) Soziale Lebensumstände

### Beruf

Wie verlief Ihre Berufsausbildung ?

Erzählen Sie mir etwas über Ihre Berufstätigkeit ?

Welche Einstellung haben Sie zu Ihrem Beruf ?

Haben Sie einen Berufswechsel vorgenommen ?

### Partnerschaften

Wie sehen Sie rückblickend Ihre bisherigen Partner-  
schaften ?

Hatten Sie Probleme in Ihren Beziehungen ?

Haben Sie Enttäuschungen erlebt ?

Welche Reaktionen hat das Scheitern einer Partner-  
schaft bei Ihnen ausgelöst ?

Bei Unverheirateten

Haben Sie zur Zeit einen festen Partner/Partnerin ?

Welche Gefühle haben Sie ihm/ihr gegenüber ?

Hat er/sie genügend Zeit für Sie ?

Können Sie mit ihm/ihr sprechen, wenn Sie etwas bedrückt ?

Quälen Sie Ängste oder Konflikte in dieser Beziehung ?

Ehe

Erzählen Sie mir etwas über Ihren Ehepartner ?

Welche Gefühle haben Sie Ihrem Mann/Ihrer Frau gegenüber ?

Wie sind Ihre sexuellen Beziehungen ?

Wie fühlen Sie sich von Ihrem Mann/Ihrer Frau behandelt ?

Wie möchten Sie von ihm/ihr behandelt werden ?

Hat er/sie genügend Zeit für Sie ?

Können Sie mit Ihrem Partner sprechen, wenn Sie etwas bedrückt ?

Hatten Sie des öfteren Krisen in der Ehe ?

Lagen Scheidungsabsichten von Ihrer Seite od. von seiten Ihrer Frau/Ihres Mannes vor ?

Scheidung

Wie kam es zur Scheidung ?

Was hat die Scheidung für Sie bedeutet ?

Kinder

Erzählen Sie mir etwas über Ihr Kind/Ihre Kinder !

Wie ist Ihr Verhältnis zu Ihrem Kind/Ihren Kindern ?

Haben Sie zu einem Kind eine besonders intensive Beziehung ?

Bedeuteten Ihre Kinder für Sie eine große Belastung ?

Leben die Kinder noch bei Ihnen zuhause ?

War die Trennung von den Kindern für Sie schwer ?

Zwischenmenschliche Beziehungen

Schildern Sie mir Ihren menschlichen Umgang !

Haben Sie Freunde ?

Mit wem verbringen Sie Ihre Abende ?

Wie werden Sie von Ihren Freunden, Kollegen, Ihrem Chef, Ihren Schulkameraden, Nachbarn, anderen Patienten behandelt ?

Fühlen Sie sich oft einsam ?

Hätten Sie gerne mehr Kontakte u. Geselligkeit mit anderen Menschen ?

Haben Sie Ängste im Umgang mit Anderen ?

Mit wem sprechen Sie, wenn Sie etwas bedrückt ?

Wohnsituation

Wie sind Ihre Wohnverhältnisse ?

XII) Verhaltensweisen u. Einstellungen

Arbeits- u. Leistungsverhalten

Wieviele Stunden arbeiten Sie normalerweise pro Woche ?

Fühlen Sie sich überlastet ?

Sind Sie mit Ihrer Beschäftigung zufrieden ?

Wie würden Sie sich die ideale Tätigkeit vorstellen ?

Sind Sie sehr an beruflichem Fortkommen interessiert ?

Zeigen Sie Ihren Kollegen gegenüber ein kompetitives Verhalten ?

Belasten Sie persönliches Versagen u. Fehler sehr ?

Haben Sie trotz beruflicher Erfolge das Gefühl noch mehr leisten zu müssen ?

Fühlen Sie sich unter ständigem Leistungs- u. Termin-  
druck ?

Glauben Sie, daß Ihre Tätigkeit zu wenig Anerkennung  
findet ?

Meinen Sie, daß die an Sie gestellten Anforderungen,  
von Ihnen nicht mehr erfüllt werden können ?

Haben Sie öfters das Gefühl, daß Sie zu nichts zu  
gebrauchen sind ?

Freizeitverhalten

Wie verbringen Sie Ihre Freizeit ?

Sind Sie mit der Art wie Sie Ihre Freizeit verbringen zufrieden ?

Sind Sie während Ihrer Mußestunden ruhelos ?

Haben Sie ein Schuldgefühl in Zeiten der Entspannung ?

Religiosität

Welche Einstellung haben Sie zur Religion ?

Zukunft

Welche Pläne haben Sie für die Zukunft ?

Sehen Sie sich der Zukunft hilflos gegenüber ?

Haben Sie ein Gefühl der Hoffnungslosigkeit ?  
(Denken Sie: "es ist zuviel", "es nützt alles nichts",  
"ich halte es nicht mehr aus", "ich gebe auf")

Selbstkonzept

Können Sie sich selbst charakterisieren ?

XIII) Stellungnahme zur Interview-Situation

Wie fühlen Sie sich jetzt, wenn Sie mit sprechen ?

XIV) Vorstellungen des Pat. bezüglich der Behandlung

XV) Möglichkeit für den Pat., Fragen aufzuwerfen,  
noch nicht Besprochenes hinzufügen

NOTE--CATEGORY NAMES BEGINNING WITH A SPACE OPERATED BY THE PROGRAM.  
PAGE 3 EMFIELD GIESSEN

| VARIABLE<br>AC. NAME<br>3 ALTER | GEOGRAPHIC<br>VARIABLE TYPE | TOTAL<br>OCCUPANCY | MEAN   | STANDARD<br>DEVIATION | ST. DEVS<br>OF MEAN |
|---------------------------------|-----------------------------|--------------------|--------|-----------------------|---------------------|
|                                 |                             | 148                | 45.844 | 17.381                | 1.4288              |
|                                 | CLUSTER                     | 68                 | 47.420 | 18.449                | 2.4398              |
|                                 | *1.00000                    | 46                 | 46.062 | 17.727                | 2.5586              |
|                                 | *3.00000                    | 32                 | 51.531 | 14.456                | 2.5529              |
| 12 S1                           |                             | 148                | 28.317 | 5.918                 | 0.4864              |
|                                 | CLUSTER                     | 68                 | 29.235 | 6.880                 | 0.5129              |
|                                 | *1.00000                    | 46                 | 23.125 | 4.170                 | 0.3119              |
|                                 | *3.00000                    | 32                 | 34.156 | 4.732                 | 0.3866              |
| 13 S2                           |                             | 148                | 16.263 | 5.457                 | 0.4458              |
|                                 | CLUSTER                     | 68                 | 24.760 | 4.156                 | 0.3389              |
|                                 | *1.00000                    | 46                 | 26.290 | 5.051                 | 0.3980              |
|                                 | *3.00000                    | 32                 | 29.125 | 5.684                 | 0.4506              |
| 14 S3                           |                             | 148                | 27.650 | 5.877                 | 0.4600              |
|                                 | CLUSTER                     | 68                 | 25.510 | 4.177                 | 0.3293              |
|                                 | *1.00000                    | 46                 | 28.104 | 5.070                 | 0.4020              |
|                                 | *3.00000                    | 32                 | 31.719 | 4.804                 | 0.3829              |
| 15 S4                           |                             | 148                | 25.058 | 5.000                 | 0.4038              |
|                                 | CLUSTER                     | 68                 | 22.471 | 4.000                 | 0.3144              |
|                                 | *1.00000                    | 46                 | 30.250 | 5.488                 | 0.4331              |
|                                 | *3.00000                    | 32                 | 27.391 | 5.110                 | 0.4045              |
| 16 S5                           |                             | 148                | 23.652 | 6.045                 | 0.4862              |
|                                 | CLUSTER                     | 68                 | 22.320 | 5.936                 | 0.4649              |
|                                 | *1.00000                    | 46                 | 26.979 | 4.412                 | 0.3568              |
|                                 | *3.00000                    | 32                 | 17.125 | 6.154                 | 1.0532              |
| 17 S6                           |                             | 148                | 20.416 | 5.665                 | 0.4574              |
|                                 | CLUSTER                     | 68                 | 19.221 | 5.581                 | 0.4319              |
|                                 | *1.00000                    | 46                 | 25.312 | 4.710                 | 0.3709              |
|                                 | *3.00000                    | 32                 | 15.625 | 4.637                 | 0.3681              |
| 18 S7 (1)                       |                             | 148                | 14.324 | 7.701                 | 0.6201              |
|                                 | CLUSTER                     | 68                 | 11.691 | 5.921                 | 0.4709              |
|                                 | *1.00000                    | 46                 | 11.450 | 6.825                 | 0.5507              |
|                                 | *3.00000                    | 32                 | 5.710  | 7.871                 | 0.6547              |
| 19 S8 (1)                       |                             | 148                | 7.005  | 5.007                 | 0.3920              |
|                                 | CLUSTER                     | 68                 | 4.805  | 6.780                 | 0.5159              |
|                                 | *1.00000                    | 46                 | 8.125  | 5.150                 | 1.1773              |
|                                 | *3.00000                    | 32                 | 13.875 | 4.810                 | 1.1523              |



# CLUSTER MEANS

|            | SY<br>INT         | ICH<br>PSYCH      | SE     | SOZ    | KO     | GIF     |
|------------|-------------------|-------------------|--------|--------|--------|---------|
| 1          | 17.3055<br>0.0000 | 10.0000<br>1.9722 | 3.8056 | 8.6389 | 3.1667 | 19.8611 |
| 2          | 13.0961<br>0.0000 | 7.0395<br>1.9808  | 2.8461 | 6.8269 | 1.8846 | 11.9615 |
| 3          | 6.4833<br>0.0000  | 4.1000<br>1.9000  | 2.5000 | 6.5333 | 1.4333 | 8.0333  |
| GRANT MEAN | 11.4391<br>0.0000 | 6.5675<br>1.9459  | 2.9392 | 7.1486 | 2.0135 | 12.2905 |

1PAGE 7 EMLEKM FSXE - ALLE

| KT     | PD     | FAM    | VER    | SEX    |
|--------|--------|--------|--------|--------|
| 3.0000 | 5.8235 | 1.8056 | 2.1389 | 2.4667 |
| 1.6327 | 2.8269 | 2.1400 | 1.0769 | 1.7826 |
| 0.9333 | 1.9649 | 1.4643 | 2.4576 | 1.3125 |
| 1.6827 | 3.1958 | 1.7887 | 1.0884 | 1.7661 |

# CLUSTER STANDARD DEVIATIONS

|   | SY<br>INT        | ICH<br>PSYCH     | SE     | S02    | K0     | GEF    |
|---|------------------|------------------|--------|--------|--------|--------|
| 1 | 3.3875<br>0.0000 | 2.0976<br>1.4636 | 1.7041 | 3.1546 | 2.5467 | 3.1546 |
| 2 | 3.1515<br>0.0000 | 2.3760<br>1.0935 | 1.4333 | 2.5339 | 2.0642 | 2.6899 |
| 3 | 2.3252<br>0.0000 | 1.8384<br>1.1154 | 1.6549 | 2.5343 | 2.0660 | 2.6742 |

## MEAN SQUARES

|         |                     |                    |         |         |         |           |
|---------|---------------------|--------------------|---------|---------|---------|-----------|
| BETWEEN | 1427.6462<br>0.0000 | 400.4074<br>0.1068 | 19.5216 | 54.0228 | 34.4639 | 1578.1614 |
| WITHIN  | 8.4630<br>0.0000    | 4.4229<br>1.4438   | 2.8235  | 7.2737  | 4.8346  | 8.2494    |
| I.F.-S  | 2, 145<br>2, 144    | 2, 145<br>2, 145   | 2, 145  | 2, 145  | 2, 145  | 2, 145    |
| F-RATIO | 168.692<br>0.000    | 90.551<br>0.074    | 6.914   | 7.427   | 7.128   | 191.307   |
| F-VALUE | 0.000<br>1.000      | 0.000<br>0.974     | 0.000   | 0.000   | 0.000   | 0.000     |
| 1PAGE E | INDEX PSYCH - ALLI  |                    |         |         |         |           |

| KT      | BC       | FAM    | VER     | SEX     |
|---------|----------|--------|---------|---------|
| 1.4928  | 2.7133   | 2.2015 | 3.5705  | 0.9732  |
| 1.4389  | 1.6011   | 2.1286 | 2.6260  | 1.1336  |
| 1.0872  | 1.7005   | 1.4138 | 1.0719  | 1.2056  |
| 48.1421 | 164.1001 | 6.0363 | 31.6019 | 12.3059 |
| 1.7403  | 4.0737   | 3.6085 | 6.0044  | 1.2695  |
| 2, 142  | 2, 140   | 2, 139 | 2, 144  | 2, 121  |
| 27.663  | 40.283   | 1.673  | 5.263   | 9.694   |
| 0.000   | 0.000    | 0.176  | 0.002   | 0.000   |

22

22

12

2.

-12-

|     |     |    |   |    |    |    |    |    |
|-----|-----|----|---|----|----|----|----|----|
| -20 | -12 | -4 | 0 | 4  | 12 | 20 | 28 | 36 |
| -16 | -8  | 0  | 8 | 16 | 24 | 32 | 40 | 48 |

AGT F ENTFERN FSKT - ALLE

### PLANE THROUGH THE CENTERS OF CLUSTERS 3, 2, AND 1.

# BNDP 4F Vergleich SCI-90-R - Interview Frauen

\*\*\*\*\* CRESERVED FREQUENCY TABLE 1

| INTER    | FAIL              |         |
|----------|-------------------|---------|
|          | -----             |         |
|          | GSI KEIN GSI FALL | TCTAI   |
| INT KEIN | 11                | 4 ! 15  |
| INT FALL | 12                | 24 ! 36 |
| TCTAI    | 23                | 28 ! 51 |

ALL CASES HAD COMPLETE DATA FOR THIS TABLE.

\*\*\*\*\* PERCENTS OF ROW TOTALS -- TABLE 1

| INTER    | FAIL              |              |
|----------|-------------------|--------------|
|          | -----             |              |
|          | GSI KEIN GSI FALL | TOTAL        |
| INT KEIN | 23.3              | 26.7 ! 100.0 |
| INT FALL | 33.3              | 66.7 ! 100.0 |
| TCTAI    | 45.1              | 54.9 ! 100.0 |

\*\*\*\*\* PERCENTS OF COLUMN TOTALS -- TABLE 1

| INTER    | FAIL              |               |
|----------|-------------------|---------------|
|          | -----             |               |
|          | GSI KEIN GSI FALL | TCTAI         |
| INT KEIN | 47.8              | 14.3 ! 29.4   |
| INT FALL | 52.2              | 85.7 ! 70.6   |
| TCTAI    | 100.0             | 100.0 ! 100.0 |

\*\*\*\*\* PERCENTS OF THE TABLE TOTAL -- TABLE 1

| INTER    | FAIL              |              |
|----------|-------------------|--------------|
|          | -----             |              |
|          | GSI KEIN GSI FALL | TCTAI        |
| INT KEIN | 21.6              | 7.8 ! 29.4   |
| INT FALL | 23.5              | 47.1 ! 70.6  |
| TCTAI    | 45.1              | 54.9 ! 100.0 |

MINIMUM ESTIMATED EXPECTED VALUE IS 6.76

| STATISTIC              | VALUE | I.F. | PROB.  |
|------------------------|-------|------|--------|
| PEARSON CHISQUARE      | 6.642 | 1    | 0.0089 |
| YATES CORRECTED CHISQ. | 5.322 | 1    | 0.0211 |
| FBI = CRAMER'S V       | 0.366 |      |        |
| CONTINGENCY COEF. C    | 0.344 |      |        |

| STATISTIC | VALUE | ASE1 T-VALUE | DEP.  |
|-----------|-------|--------------|-------|
| YUIE'S Q  | 0.692 | 0.178        | 2.242 |
| YUIE'S Y  | 0.402 | 0.143        | 2.604 |

# BNDP4F Vergleich SCL-90-R - Interview Männer

\*\*\*\*\* CROSSTAB FREQUENCY TABLE 1

| INTER    | FAIL     |          | TOTAL |
|----------|----------|----------|-------|
|          | GSI KEIN | GSI FALL |       |
| INT KEIN | 29       | 10       | 39    |
| INT FALL | 13       | 45       | 58    |
| TOTAL    | 42       | 55       | 97    |

ALL CASES HAD COMPLETE DATA FOR THIS TABLE.

\*\*\*\*\* PERCENTS OF ROW TOTALS -- TABLE 1

| INTER    | FAIL     |          | TOTAL |
|----------|----------|----------|-------|
|          | GSI KEIN | GSI FALL |       |
| INT KEIN | 74.4     | 25.6     | 100.0 |
| INT FALL | 22.4     | 77.6     | 100.0 |
| TOTAL    | 43.3     | 56.7     | 100.0 |

\*\*\*\*\* PERCENTS OF COLUMN TOTALS -- TABLE 1

| INTER    | FAIL     |          | TOTAL |
|----------|----------|----------|-------|
|          | GSI KEIN | GSI FALL |       |
| INT KEIN | 69.0     | 18.2     | 40.2  |
| INT FALL | 31.0     | 81.8     | 59.8  |
| TOTAL    | 100.0    | 100.0    | 100.0 |

\*\*\*\*\* PERCENTS OF THE TABLE TOTAL -- TABLE 1

| INTER    | FAIL     |          | TOTAL |
|----------|----------|----------|-------|
|          | GSI KEIN | GSI FALL |       |
| INT KEIN | 29.9     | 10.3     | 40.2  |
| INT FALL | 13.4     | 46.4     | 59.8  |
| TOTAL    | 43.3     | 56.7     | 100.0 |

MINIMUM ESTIMATED EXPECTED VALUE IS 16.89

| STATISTIC               | VALUE  | D.F. | PROP.  |
|-------------------------|--------|------|--------|
| PEARSON CHI-SQUARE      | 25.632 | 1    | 0.0000 |
| YATES CORRECTED CHI-SQ. | 23.556 | 1    | 0.0000 |
| PHI = CRAMER'S V        | 0.514  |      |        |
| CONTINGENCY COEFF. C    | 0.457  |      |        |

| STATISTIC | VALUE | ASST T-VALUE | DF.   |
|-----------|-------|--------------|-------|
| YULE'S Q  | 0.819 | 2.060        | 3.918 |
| YULE'S Y  | 0.522 | 0.066        | 4.979 |

\*\*\*\*\* CROSSTAB FREQUENCY TABLE 1

| INTER    | SUMK     |         |       |
|----------|----------|---------|-------|
|          | SUMK<=13 | SUMK>13 | TOTAL |
| INT.KEIN | 38       | 16      | 54    |
| INT.FALL | 12       | 82      | 94    |
| TOTAL    | 50       | 98      | 148   |

ALL CASES HAD COMPLETE DATA FOR THIS TABLE.

\*\*\*\*\* PERCENTS OF ROW TOTALS -- TABLE 1

| INTER    | SUMK     |         |       |
|----------|----------|---------|-------|
|          | SUMK<=13 | SUMK>13 | TOTAL |
| INT.KEIN | 70.4     | 29.6    | 100.0 |
| INT.FALL | 12.8     | 87.2    | 100.0 |
| TOTAL    | 33.6     | 66.2    | 100.0 |

\*\*\*\*\* PERCENTS OF COLUMN TOTALS -- TABLE 1

| INTER    | SUMK     |         |       |
|----------|----------|---------|-------|
|          | SUMK<=13 | SUMK>13 | TOTAL |
| INT.KEIN | 76.0     | 16.3    | 36.5  |
| INT.FALL | 24.0     | 83.7    | 63.5  |
| TOTAL    | 100.0    | 100.0   | 100.0 |

\*\*\*\*\* PERCENTS OF THE TABLE TOTAL -- TABLE 1

| INTER    | SUMK     |         |       |
|----------|----------|---------|-------|
|          | SUMK<=13 | SUMK>13 | TOTAL |
| INT.KEIN | 25.7     | 10.8    | 36.5  |
| INT.FALL | 8.1      | 55.4    | 63.5  |
| TOTAL    | 33.6     | 66.2    | 100.0 |

MINIMUM ESTIMATED EXPECTED VALUE IS 16.24

| STATISTIC             | VALUE  | D.F. | PROB.  |
|-----------------------|--------|------|--------|
| PEARSON CFSQUARE      | 52.874 | 1    | 0.0000 |
| YATES CORRECTED CFSQ. | 48.322 | 1    | 0.0000 |
| PHI = CRAMER'S V      | 0.586  |      |        |
| CONTINGENCY COEFF. C  | 0.506  |      |        |

| STATISTIC | VALUE | ASST T-VALUE | DEP.  |
|-----------|-------|--------------|-------|
| YULE'S C  | 0.884 | 0.047        | 4.897 |
| YULE'S Y  | 0.882 | 0.066        | 6.673 |



## Danksagung

An erster Stelle darf ich mich an Herrn Prof. Dr. E. Buchborn wenden, der sich bereit fand, für die vorliegende Arbeit als Referent zu fungieren.

Diese Patenschaft ist insofern ein Novum, als damit erstmals an der Medizinischen Universitätsklinik Innenstadt eine Promotion aus dem Themenkreis der Psychosomatik aus der Taufe gehoben werden kann.

Für die Förderung dieser Arbeit und für seine Geduld während der langen Geburtswehen bin ich ihm zu besonderem Dank verpflichtet.

Spezielle Anerkennung gebührt vor allem Herrn Prof. Dr. E. Held, dem Koreferenten meiner Dissertation, der mich bezüglich der Thematik entscheidend inspiriert hat. Außerdem schulde ich ihm herzlichen Dank für die stetige Ermutigung bei auftretenden Schwierigkeiten und für die sorgfältige Lektüre meines Manuskripts.

Die statistische Beratung oblag Herrn R. A. König. Für seine Unterstützung, insbesondere bei der Auswertung des umfangreichen Lochkartenmaterials, bin ich ihm ebenfalls sehr verpflichtet.

Mein Ausdruck der Dankbarkeit gilt nicht zuletzt den Patienten, die sich als Probanden zur Verfügung stellten und den Kolleginnen und Kollegen, die meine Aktivitäten meist verständnisvoll tolerierten.



## Lebenslauf

Name: Ruth Ziegelmaier

Geburtsdatum: 13.11.1950

Geburtsort: Donauwörth

Staatsangehörigkeit: deutsch

Familienstand: ledig

Religion: römisch-katholisch

Schulbildung: Volksschule Donauwörth 1957 - 1961  
Gymnasium Donauwörth 1961 - 1970

Universitätsstudium: Ludwig-Maximilian-Universität München  
Germanistik/Romanistik WS 70/71  
Psychologie SS 71 - SS 77  
Diplom SS 77  
Humanmedizin SS 76 - WS 82/83  
Approbation 6/83

Dissertation: Beginn 10/1980 an der Medizinischen Klinik  
Innenstadt der Universität München  
über das Thema "Quantitative und qualitative  
Aspekte psychischer und psychosomatischer  
Auffälligkeiten an einer Münchner Universi-  
tätsklinik"

Berufstätigkeit: Seit 10/83 Assistentin an der Medizinischen  
Klinik Innenstadt der Universität München





